GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

86e ANNÉE

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

(ANCIENNE GAZETTE DE SANTÉ)

JOURNAL HEBDOMADAIRE FONDÉ EN 1830

Paraissant tous les Mercredis

DIRECTEUR : **Docteur LUCIEN-GRAUX**

LAURÉAT DE L'INSTITUT



ANNÉE 1915



HOTEL DE LA GAZETTE

9, Rue Denis-Poisson, 9, PARIS

TÉLÉPHONE : WAGRAM 73-40 ET WAGRAM 98-05

86e Année (Série XIVe) — No 262 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 20 Janvier 1915

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr
Union postale.... .. 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 20 Janvier 1915

ÉCHOS

A nos lecteurs !

Commencée sous d'heureux auspices, l'année 1914 s'achève après cinq mois de la plus effroyable guerre qu'a jamais connue l'humanité.

Malgré ses effets formidables, malgré les deuils qu'elle cause et les ruines qu'elle entraîne, cette guerre cependant demeure impuissante à arrêter la vie générale qui se trouve seulement quelque peu ralentie.

Et voici comment la Gazette médicale de Paris, *qui se devait de continuer sa publication malgré les difficultés de l'heure, vient aujourd'hui, une fois encore, adresser ses vœux à ses amis, à ses lecteurs, pour la nouvelle année* 1915.

Puisse une paix favorable nous rendre bientôt le loisir de reprendre complètement notre œuvre interrompue.

Nos amis.

Plusieurs de nos amis ont été vivement éprouvés en ces derniers temps.

C'est ainsi que M. le docteur Marie, médecin en chef de l'hôpital de Villejuif et membre du Comité de direction scientifique de la *Gazette Médicale de Paris*, a été récemment blessé à l'ennemi.

Rentré à Villejuif, M. Marie est présentement en bonne voie de guérison.

Nous sommes heureux de l'en féliciter.

— Un autre ami de la *Gazette*, le peintre André Brouillet, dont le talent était si apprécié de tous les amateurs délicats, a succombé dernièrement.

Nous adressons à ses proches nos plus vives condoléances.

Cité à l'ordre du jour.

Tout récemment, M. Mirman, préfet de Meurthe-et-Moselle, a été l'objet à l'*Officiel*, de la suivante citation à l'ordre du jour pour sa belle conduite dans l'exercice de ses fonctions administratives.

« N'a cessé de prêter à l'armée le concours le plus éclairé ; a organisé, souvent au péril de sa vie, l'assistance et le ravitaillement des populations ruinées par la guerre ; son ascendant et la hauteur de son caractère ont préservé Nancy et le département des exodes qui ont, d'ailleurs, ajouté aux désastres de la guerre. »

Nous sommes heureux de pouvoir adresser à cet éminent ami de notre *Gazette*, l'expression de notre admiration et nos félicitations les plus vives.

Solennité militaire.

Dans une petite ville du Centre (à Issoire), le commandant d'armes a remis la croix de la Légion d'honneur au docteur Espagnon, qui a été cité à l'ordre du jour, avec les motifs suivants : « A fait preuve, en toutes circonstances, d'un dévouement au-dessus de tout éloge. Un obus lui ayant enlevé le pied gauche, blessant un officier et un adjudant à ses côtés, a eu le courage et l'abnégation de faire donner des soins à ses camarades et de vérifier leur pansement avant de s'occuper de sa propre blessure. »

Le docteur, qui n'a que 30 ans, appuyé sur deux béquilles, a reçu l'accolade du commandant, pendant que les troupes présentaient les armes, et aux applaudissements de la population tout entière.

Distinction.

Le chef du secrétariat de *La Gazette Médicale de Paris*, M. Côte, actuellement lieutenant de réserve sur le front, vient d'être nommé officier du Nichan-Iftikar. Nos sincères salutations.

Nécrologie.

Tout dernièrement succombait à Paris le Dr de Ranse qui fut naguère le directeur de ce journal et qui appartenait à l'Académie de Médecine en qualité de correspondant national. A l'occasion de sa mort, M. Magnan, président de l'Académie de Médecine, a prononcé les paroles suivantes où il a rappelé en excellents termes le rôle important joué par le Dr de Ranse alors qu'il dirigeait la *Gazette Médicale de Paris* :

« Nous avons appris la mort de notre cher et distingué collègue le Dr de Ranse.

« Publiciste consciencieux, instruit, avisé, constamment inspiré de sentiments d'impartialité et d'indépendance, seuls vrais guides dans la recherche de la vérité, il a soutenu pendant un grand nombre d'années, dans la *Gazette Médicale de Paris*, le bon combat. Aucune grande question scientifique ou professionnelle ne s'est agitée au sein des Académies, les Sociétés savantes et, en général, dans le monde médical, sans que de Ranse n'ait apporté à son examen le concours de ses efforts, le tribut de ses réflexions. Esprit critique raffiné, il a rendu de très grands services par la mise au point, toujours clairement motivée, des problèmes les plus difficiles.

« Il est permis de dire que la *Gazette Médicale de Paris*, avec de Ranse, était un phare lumineux vers lequel on ne tournait jamais en vain les regards. »

Abonnements.

La Gazette médicale de Paris, ayant subi une interruption en 1914, nos abonnés recevront, gratuitement, le service de notre journal pendant la durée de la guerre à titre de compensation.

Les Médecins et la Guerre

Suite

(Nous déclinons toute responsabilité au sujet des erreurs qui pourraient se trouver dans cette liste).

Les Morts

M. Vannoy, aide-major de réserve, sous-préfet à Baugé, mort à Amiens.

M. Meléjac (Armand), blessé à Reims, décédé à Brest.

M. Bathias (Henri), chef de service médical du 28e dragons.

M. Alaux (Eugène), médecin-major au 1er zouaves, tué à la bataille de l'Aisne, le 22 septembre, pendant qu'il soignait les blessés dans une tranchée ; âgé de 28 ans, il venait de s'installer, en juillet dernier, à El-Biar.

M. Baur (Victor), médecin principal de 1re classe, frappé d'un obus à la bataille de Mondemant.

M. Galland, médecin principal chef des salles militaires de l'Hôpital militaire de Vannes.

M. Boulet (Louis), 36 ans, médecin auxiliaire, né à Lunel, exerçant à Aigues-Mortes, tué par une balle au cœur, le 17 septembre, pendant qu'il soignait un zouave blessé.

M. Loré (André), externe des hôpitaux de Paris, médecin auxiliaire, né à Longueville, où il a été inhumé, tué en service à la gare, alors qu'il allait chercher des blessés.

M. de Recbapt (Camille), médecin-major, 16e d'artillerie, conseiller d'arrondissement du canton de Menat, tué en Lorraine le 21 août.

M. Chamontin (Louis), médecin-major des troupes coloniales au 5e tirailleur sénégalais, proposé pour la Légion d'honneur, tué au Maorc, au combat d'El-Herri, le 10 novembre.

M. Lecœur (Henri), médecin principal de la marine, tué le 10 novembre, à Dixmude, dans son ambulance, au milieu de ses blessés.

M. Augier (Adrien), aide-major au 68e régiment d'infanterie, tué le 14 novembre près d'Ypres.

M. Véteau, tombé à l'ennemi le 8 septembre, à La Fère-Champenoise.

M. Dupuy (Raoul), frappé à Villers-la-Louble (Belgique), le 22 août dernier d'un éclat d'obus alors qu'il procédait au pansement d'un blessé.

M. Vérany (André), médecin-major, tué à Bidenstof, près de Dieuze.

M. Maurice Auger, sergent infirmier, étudiant en médecine, tué le 11 décembre en soignant les blessés. Il était proposé pour la médaille militaire.

M. Aune (Ch.), médecin-major de 1re classe 31e régiment d'infanterie, tué .. le 23 septembre.

M. Bonnet (E.), médecin auxiliaire au 114e régiment d'infanterie, tué le 8 septembre.

M. Chastaing, médecin principal (marine), brigade des fusiliers marins, tué près d'Ypres.

M. Colonna (L.), médecin-chef, ambulance des troupes alpines, tué le 16 octobre à St-Dié.

M. Didier (H.-E.), médecin aide-m jor de 1re classe an 91e régiment d'infanterie, tué le 25 septembre (Marne).

M. Dreux (M.), médecin aide-major de 1re classe au 66 régiment d'infanterie, tué le 8 septembre.

M. Guillet, médecin principal (marine), brigade des fusiliers marins, tué près d'Ypres.

M. Hénouille, médecin-major, 40e régiment d'infanterie.

M. Lacour (L.) médecin auxiliaire, 47e bataillon de chasseurs, tué le 7 septembre dans l'Oise.

M. Lévi Franckel, médecin auxiliaire,

M. Mandoul, médecin-major, tué le 9 novembre.

M. Mazure (B.), aide-major de 1re classe, 16e régiment d'infanterie territoriale

M. Mondonnet, médecin auxiliaire, 89e régiment d'infanterie, tué le novembre.

M. Nicolas, médecin principal de 1re classe.

M. Obédiane, médecin aide-major de 1re classe, 20e bataillon chasseurs, tué le 14 septembre.

M. Perret (G.), médecin-major, tué par un obus à Philippeville.

M. Reubsaël (A.), aide-major de 1re classe, 60e bataillon de chasseurs, blessé à mort le 11 novembre en Belgique.

M. Teisset (G.), médecin aide-major, 7e régiment de Hussards, tué le 15 novembre.

M. Vaisset, médecin-major, assassiné à l'ambulance de Giromagny le 22 août.

M. le Dr K...., médecin-major, tué à l'hôpital d'Ypres le 14 novembre.

Les Blessés

M. Bonteron, médecin à Paris, blessé grièvement en qualité de capitaine de réserve au 30e régiemnt d'artillerie, au cours d'un combat dans l'Argonne.

M. Capillery, médecin-major au 4e zouaves, blessé à la cuisse, soigné Hôpital-Hôtel Ritz.

M. Ratel, médecin aide-major au 29e d'artillerie.

M. Gremeaux (Paul-Louis), médecin aide-major de 2e classe au 12e d'artillerie, blessé le 20 août à Bielerskirch (Alsace).

M. Denis (Marcel), médecin aide-major de 2e classe, attaché à une section de brancardiers du 2e corps, a eu son cheval tué sous lui à Avesnes, où il a été blessé.

M. Sulzer (David), médecin aide-major, blessé par un éclat d'obus près d'Arras, en soignant des blessés.

M. Bar, médecin-major de 1re classe au 127e d'infanterie, de Valenciennes, blessé au bras.

M. Curé, médecin-major de 2e classe, blessé à la tête, dans une maison où il avait établi son ambulance, et qui s'est écroulée sous les obus allemands, malgré le drapeau de la Croix-Rouge.

M. Maire (Georges), médecin aide-major de 1re classe au 5e régiment d'infanterie, blessé à Guise.

M. Ferraton (Marius), médecin principal de 1re classe.

M. Biot (Emile), médecin auxiliaire au 58e régiment d'infanterie.

M. Lapasset, médecin principal de 1re classe.

M. Dercle (Charles), médecin-major de 1re classe, blessé à Siry-lès-Mézières, est actuellement au Val-de-Grâce de Paris.

M. Rigollet, médecin principal des troupes coloniales.

Les Décorés

Légion d'honneur

Grand officier. — M. Vaillard, médecin inspecteur général.

Commandeur. — M. Follenfant, médecin inspecteur, chef de service.

Officier. — M. Bailby, médecin-major de 1re classe au 66e régiment d'infanterie : grièvement blessé à l'avant-bras par un éclat d'obus, est resté auprès des blessés français et allemands et, malgré son état grave, a continué à diriger les soins à ces soldats.

M. Séguin (M.-E.-P.-M.), médecin en chef de 2e classe : dirige le service médical de la brigade avec beaucoup de dévouement et de compétence.

M. Petit-Dutaillis, médecin principal de réserve : médecin et chirurgien éminent. Médecin-major du 1er régiment, a organisé son service et obtenu les meilleurs résultats dans des circonstances difficiles. Blessé le 3 novembre.

M. le médecin principal Liffran (J.) : médecin accompli. A montré dans la direction de son ambulance une grande activité et de solides qualités de décision et de fermeté.

M. le médecin de 1re classe de réserve Taburet (J.-E.-H.-M.) : officier particulièrement actif et dévoué, intrépide au feu, a traversé comme médecin de bataillon des situations très pénibles.

M. le médecin de 1re classe de réserve Le Marhadour (H.-R.) : officier d'un zèle et d'un dévouement remarquables, n'a pas cessé de donner au combat l'exemple d'un sang-froid et d'une énergie inlassables.

M. le médecin de 1re classe de réserve Plouzané (E.-V.) : officier très dévoué et très attentionné, a organisé spécialement le service des brancardiers et de l'évacuation des blessés.

Chevalier. — M. Sibenaler (P.-C.-A.), médecin-major de 2e classe au régiment mixte colonial : s'est brillamment conduit et a fait preuve d'un dévouement remarquable au combat du 22 septembre. A été grièvement blessé en relevant les blessés sous un feu très meurtrier.

M. Lucien (Maurice), médecin aide-major de 1re classe au 79e d'infanterie : a donné à tous un bel exemple de calme et de courage. Avait déjà fait preuve des mêmes qualités dans un combat de nuit en évacuant, pendant l'attaque, des blessés, son personnel, son matériel. A fait preuve, au reste, pendant toute la campagne, de dévouement et zèle professionnel.

M. Dimoux-Dine (Paul), médecin aide-major de 1re classe de réserve au 10e régiment de cuirassiers : blessé sur le champ de bataille d'un éclat d'obus en donnant des soins à un blessé. A fait preuve depuis le commencement de la guerre d'un dévouement à toute épreuve.

M. Teisset, médecin aide-major de 2e classe de réserve au 7e régiment de hussards : a fait preuve du plus grand courage et du plus beau dévouement en allant, en toutes circonstances, chercher et soigner les blessés sur la ligne de feu. Blessé grièvement.

M. Lancelin, médecin de 1re classe : blessé au feu en pansant les blessés.

M. Lefeutun, médecin de 1re classe de réserve : blessé au feu en pansant les blessés.

M. le médecin de 1re classe de réserve Dupin : quatre campagnes de guerre antérieures. Très dévoué à ses malades.

M. le médecin de 1re classe de réserve Mielvaque : actif et dévoué.

M. le médecin de 1re classe de réserve Guillet très bon médecin, s'est dépensé sans compter pour soigner ses nombreux blessés. Disparu le 10 novembre.

M. le médecin de 1re classe Marin : assure le service de son ambulance avec le plus grand dévouement.

M. le médecin de 3e classe Arnoult : a montré depuis le début de la campagne une valeur professionnelle et un dévouement tout à fait exceptionnels.

M. le médecin de 1re classe Cauvin : pour les services signalés qu'il a rendus sous le feu de l'ennemi au détachement d'artillerie.

Médaille militaire

M. Sorrel, médecin auxiliaire au 121e régimen d'infanterie : blessé grièvement dans un village où il était resté jusqu'au dernier moment, malgré un bombardement intense, pour donner ses soins aux blessés.

M. Berthod, médecin auxiliaire au 166e d'infanterie, très belle tenue au feu, blessé au bras, a continué ses soins aux blessés jusqu'à la fin du combat.

M. Méneau (Henri), élève à l'Ecole de santé militaire de Lyon : a été grièvement blessé en relevant des blessés.

M. Mareschal, médecin auxiliaire au 10e régiment d'infanterie : a, depuis le début de la campagne, fait preuve d'un courage et d'un dévouement remarquables. A été grièvement blessé.

M. Lechaux (J.-L.), médecin auxiliaire au 47e régiment d'infanterie : a montré le plus grand courage en soignant les blessés sous un feu violent ; a été blessé sur le champ de bataille.

M. Poissenier (René), médecin auxiliaire au 283e régiment d'infanterie : le 24 septembre, à la fin du combat, ayant reçu l'ordre de replier le poste de secours et d'emmener un lot de blessés, est revenu spontanément sur ses pas pour rejoindre son chef de service. A reçu trois blessures graves.

Témoignage officiel de satisfaction avec inscription au Carnet

MM. les médecins de 3e classe Masselin (Guy), Baixe (Gabriel), Chastang, Arnoult, Kervella, Leissen, Pierre, Carpentier, Bertrou : se sont toujours distingués par leur zèle, leur dévouement pour les blessés et leur courage pour aller les relever jusque sous le feu de l'ennemi.

DE LA NÉCESSITÉ D'ADOPTER UNE

PINCE A DÉCÈS

Par M. le Docteur LUCIEN-GRAUX

(Mémoire et instrument présentés à l'Académie de Médecine le 21 Juillet 1914 par M. le Dr VINCENT, professeur au Val-de-Grâce, membre de l'Académie).

Ce mémoire, présenté à l'Académie quelques jours avant la guerre et écrit à une époque où on n'y pensait pas, emprunte aux événements actuels une actualité saisissante. Nous ne saurions trop inviter nos confrères à en méditer les termes et à se servir, faute de mieux, d'une pince à forcipressure, le thanatographe n'ayant pu être édité dans les circonstances présentes.

Si l'on comprime, pendant deux ou trois minutes une portion de téguments saisie entre les mors d'une pince à forcipressure, on détermine, comme l'a fort bien démontré le Dr. S. Icard (de Marseille), l'ischémie complète des parties comprimées, et on les vide totalement de tout le liquide qu'elles peuvent contenir (1).

Morpbologiquement, il se produit sur les téguments, après que l'appareil a été enlevé, une empreinte très nette, de teinte pâle, et dont la trace n'est que temporaire chez le vivant. Cette empreinte s'atténue progressivement, avec le retour du sang dans les tissus décomprimés, au point d'avoir totalement disparu au bout de 20 à 30 minutes, pour peu que la circulation du sang ne soit pas complètement abolie chez le snjet en expérience.

Au contraire, si la compression a été exécutée sur un cadavre, *l'empreinte et la coloration persistent indéfiniment, les téguments prennent un aspect parcheminé caractéristique*, la circulation, étant définitivement arrêtée par la mort, et aucun liquide ne pouvant plus être ramené par le torrent sanguin, dans les parties d'où la compression l'a définitivement chassé.

On en peut donc tirer cette conclusion, qu'après avoir pratiqué la compression voulue, si, au bout de 20 à 30 minutes, l'empreinte n'a point varié d'aspect, indice certain qu'il ne s'opère localement aucun mouvement sanguin dans les vaisseaux de n'importe quel calibre, la mort *peut être considérée comme réelle* ; la persistance du moindre souffle de vie, étant incompatible avec une suspension de la circulation du sang supérieure, au grand maximum, à ce laps de temps.

Comment n'avoir pas pressenti, à ce simple exposé, les conséquences pratiques qui en découlent pour la constatation du décès ? Il ne semble pas, néanmoins, que le Dr Icard ait tiré de ces faits observés par lui tout le parti désirable.

De 1897 à 1905, il publie, en effet, huit autres travaux sur ces questions de même nature, et c'est seulement dans l'ouvrage paru à cette dernière date qu'il reparle en détails de la forcipressure (2).

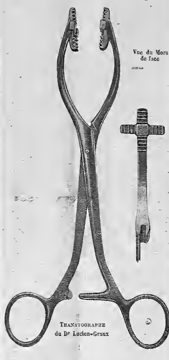
« Ce procédé, dit-il, s'appuie sur la même base que l'épreuve de Hugo Magnus (de Breslau) — lien circulaire placé autour d'un doigt — mais, l'application en est beaucoup plus simple, et les résultats beaucoup plus évidents. Il sera toujours beaucoup plus facile et plus sûr, de déterminer la manifestation du signe à l'aide d'une pince fortement appliquée sur la lèvre, qu'à l'aide d'une ficelle enroulée autour du doigt ; l'épreuve ne porte pas ici simplement sur des capillaires, mais sur des artères d'une certaine importance, telles que la coronaire des lèvres ; et la forte empreinte laissée par la pince, tonjours si nettement apparente en cas d'arrêt de la circulation, s'effacera plus sûrement et plus facilement, s'il y a persistance de courant sanguin.

(1) Dr S. Icard (de Marseille). *La mort réelle et la mort apparente*. Nouveaux procédés de diagnostic et de traitement de la mort apparente. (Pages 181 à 193). F. Alcan, éditeur, Paris, 1897.

(2) S. Icard (de Marseille). *Le danger de la mort apparente sur les champs de bataille*. (Pages 126 et suivantes). Maloine, éditeur, Paris, 1905.

Bien plus, en chassant tous les liquides, en vidant en quelque sorte les tissus et surtout la peau, des gouttelettes de sérosité qu'ils renferment — gouttelettes que l'on voit sourdre à côté des mors de la pince, et qui ne sont plus rendues à la peau à cause de l'absence de toute circulation — la violente compression qu'exerce la pince détermine presque immédiatement le *parcheminement de a peau*. Or, le *parcheminement de la peau* est un signe de mort des plus précieux ; il avait le grand inconvénient d'être un signe éloigné, la forcipressnre en fait un signe précoce ; et cet avantage, joint aux antres, nous montre tonte l'importance de ce procédé *aussi pratique que sûr* ».

Après cette exposition qui ne laisse aucun doute sur l'importance accordée par l'autenr lui-même, à sa découverte, ce n'est qu'en ces dernières années, et dans l'un de ses tout récents ouvrages (1), que le Dr Icard donne enfin la description de la pince spéciale proposée par lui, pour l'application de son procédé.



THANATOGRAPHE du Dr Lucien-Graux

Cette pince, du genre de celles dites à forcipressure, mais beaucoup plus forte que les pinces ordinaires, a, de plus, cette caractéristique de présenter sur l'un de ses mors, un évidement, et, sur l'autre, une aiguille, qui, une fois les téguments saisis et traversés, vient s'encastrer dans cet évidement.

Le Dr Icard recommande donc de saisir à l'aide de cette pince, l'une des lèvres du sujet dont on veut constater le décès, d'exercer une pression progressive, pendant deux minutes, puis de fixer la pince, et de la laisser en place pendant 6 *minutes*.

Si, au bout de quelques heures, dit-il, 7 à 8 au maximum, l'empreinte, le parcheminement de la peau, la trace des mors, des cannelures, la forme dutrou de l'aiguille ne se sont pas modifiés, et présentent le même aspect qu'elles avaient anssitôt après l'opération, il ne peut subsister le moindre donte sur la réalité du décès et la mort est alors absolument sûre et certaine.

(1) Dr S. Icard (de Marseille). *La constatation des décès dans les hôpitaux en France et à l'étranger*. (Voir pages 161 à 173, et figure page 169). A. Maloine, éditeur, Paris 1911.

Procédé facile, en somme, d'exécution rapide, nécessitant un minimum d'outillage et pouvant être employé partout, la seule objection de la douleur provoquée en cas de survie, n'étant pas un obstacle à son adoption, bien au contraire.

Malgré tout, la forcipressure, en dépit de sa commodité évidente, n'aurait pas les préférences du Dr Icard. « C'est long, dit-il ; il faut réserver son emploi pour les seuls cas, où on n'est pas pressé ». Aussi, ne l'admet-il pas dans les hôpitaux, pour ce motif même, et recommande-t-il de lui substituer son procédé à la fluorescéine. Les médecins savent que ce dernier consiste à injecter, dans les mnscles, ou sous la peau de l'abdomen, 8 à 10 centimètres cubes d'une solution de :

10 grammes de fluorescéine ;
15 » de carbonate de soude ;
50 centimètres cnbes d'eau distillée.

Après quoi on marque le corps injecté et l'on attend, allez-vous penser, que la coloration jaune des tissus et de la sclérotique atteste la certitude que le sujet est mort. Pas du tout. Mais seulement la persistance de la circulation sanguine, et, par conséquent, la survie, si cette coloration se manifeste.

Et cela, on l'attendait non une demi-heure, mais bien davantage et jusqu'à un jour, s'il le fallait ! Au moment d'inhumer, on regarde encore la sclérotique pour bien s'assurer que l'absorption de la solution de fluorescéine n'a point commencé, et que la mort est donc certaine.

Nous nous garderions bien d'élever les moindres critiques de fond, contre ce procédé scientifiquement remarquable, et des plus ingénieux. Toutefois, à l'encontre de son inventeur, nous le trouvons pour maintes raisons, inférieur au moyen si *pratique*, si *sûr* qu'est la forcipressure.

Serait-ce, comme l'a dit le Dr Icard luimême, qu'il trouve la forcipressure inférieure, parce que découverte par hasard, lorsqu'il faisait ses injections de fluorescéine, à des cadavres, et qu'il plaçait des pinces sur les piqûres d'aiguilles, pour empêcher le reflux des liquides et des gaz injectés.

Ou, ne la reléguerait-il pas plutôt au second plan, afin de ne pas nuire à la vogue des injections, étudiées par lui si longtemps, et dont il a fait, pendant de longues années, l'objet de ses observations et de ses travaux ?

Les objections que l'on peut faire, à notre avis, à l'emploi de l'injection de fluorescéine, sont, les unes d'ordre théorique, les autres, d'ordre pratique.

1° Le procédé ne donne point la certitude du décès.

Il manque donc absolument son but, et c'est justement celui qu'on veut acquérir.

La fameuse coloration jaune, caractéristique d'une persistance de la circulation, c'est-à-dire d'un reste de vie, n'apparaîtrait que dans les cas très rares, proportionnellement au nombre de corps injectés (si ce procédé était adopté).

D'autre part, il ne laisse aucune trace nettement apparente de son exécution. Aurait-on, comme il est prescrit, marqué le cadavre injecté, *que cela ne prouverait nullement et infailliblement, que l'opération a été faite*.

2° L'injection de fluorescéine réclame un certain outillage, une certaine technique opératoire. Elle n'est pas d'une exécution qui puisse être laissée comme la forcipressure au premier venu, ou presque. A l'encontre du Dr. Icard, nous admettrions l'injection, à l'hôpital, après une mort douteuse, en cas de léthargie possible ; parce qu'à l'hôpital, il y aurait possibilité (les corps une fois marqués) de les observer assez longtemps, avant l'autopsie et l'ensevelissement, dans la salle où ils sont déposés.

Au contraire, chez les particuliers, aussi bien à la ville qu'à la campagne, ou lorsqu'il y aurait à constater, un nombre élevé de décès simultanés, et à faire très vite cette constatation (à la guerre, en cas d'épidémie), la forcipressure nous semble plus recommandable, parce qu'infiniment plus *pratique*, plus *sûre*, plus *expéditive* et en même temps plus *logique* que l'injection de fluorescéine.

L'empreinte des mors de la pince lorsque l'application en a été faite, ne peut échapper à personne,

Et si elle persiste après plusieurs heures, elle est en quelque sorte la signature du décès par le décédé lui-même.

Il suffirait que l'opérateur apposât sur chaque corps deux nombres de 2 ou 4 chiffres séparés par un trait, le 1er indiquant la date du mois, le second l'heure où l'opération a été pratiquée (de 0 à 24). Un simple coup d'œil permettrait alors de constater de façon absolument certaine le décès ou la survie.

Voici donc la façon d'agir, qu'en la circonstance nous conseillons aux vérificateurs :

1º Adopter une très forte pince, à mors, en forme de croix, du modèle thanatographe dont ils trouveront ici le dessin ci-contre;

2º Introduire cette pince (beaucoup plus grande et plus forte, que celle du Dr Icard), dans la bouche du sujet, de façon à glisser l'un des mors, au niveau d'une des commissures labiales, sous la muqueuse de la joue;

3º Rapprocher et serrer graduellement les mors du thanatographe en maintenant ceux-ci pendant une à deux minutes au premier cran de l'encoche, puis au second cran pendant *six minutes*, de telle sorte que le mors resté à l'extérieur de la bouche produise fortement empreinte, sur les téguments externes de la joue qu'on désire comprimer;

4º Marquer, à l'encre, au crayon dermographique, à la teinture d'iode, le jour et l'heure de l'opération. Ex.: 2-8, le 2 à 8 h. du matin; 18-17 le 18 à 5 h. du soir;

5º Enlever la pince, au bout de six à sept minutes.

En employant un très fort modèle de pince, et en opérant sur la joue, ce qui est plus commode que sur les lèvres, où l'on peut être gêné par la moustache, les fuliginosités, l'écume, etc.; les cannelures des mors suffisent sans qu'il soit besoin d'une aiguille comme dans le modèle du Dr Icard. Car on détermine aisément une véritable constriction des tissus comprimés, qui laisse, en cas de mort certaine, un stigmate indélébile.

Enfin, lorsqu'il s'agirait de la vérification d'un nombre assez élevé de décès *suspects*, comme le fait arriverait, par exemple sur le champ de bataille, le vérificateur devrait avoir à sa disposition, non pas une, mais une demi-douzaine de pinces à décès, et si l'on opérait au moins à deux, on pourrait ainsi mener, à bien, et cela en fort peu de temps, un grand nombre de constatations.

En recommandant, de façon instante, à tous nos confrères, d'adopter dans leur pratique personnelle l'emploi du *thanatographe* ou mieux la *thanatographie* (quel que soit l'appareil employé), nous sommes intimement convaincu, avec le Dr Icard, que c'est faire là œuvre utile au premier chef, tant la crainte d'être enterré vif, demeure ancrée dans l'esprit de beaucoup de personnes.

Dès 1905, notre confrère faisait appel à tous pour l'aider dans la tâche qu'il s'est assignée de vulgariser ses procédés de sauvetage, et disait, que tous ceux qui lui prêteraient leur concours « mériteraient bien de la *Science*, de la *Patrie*, de l'*Humanité* ».

Nous sommes persuadé, en effet, que la possibilité d'être enterré vivant n'est point chimérique pour beaucoup d'entre nous, et croyons que la thanatographie rendrait cette éventualité de plus en plus illusoire.

Notre intention n'est point d'en demeurer là, et de nous borner à l'examen platonique d'une question de si haut intérêt.

Nous faisons ici un pressant appel à tous nos confrères de tous pays, leur demandant de faire le plus fréquent usage possible de la pince à forcipressure; qu'ils transmettent ensuite leurs observations aux Sociétés savantes, afin que celles-ci, puissent en s'appuyant sur des résultats aussi nombreux que décisifs, obtenir des pouvoirs publics l'adoption légale de la pince à forcipressure qui évitera, désormais, l'une des angoisses les plus terribles qui pèsent depuis tant de siècles sur l'humanité.

Ils auront bien mérité d'elle.

Dr Lucien-Graux.

Le Symptôme « Diarrhée »

Sa valeur diagnostique et sa thérapeutique normale

La diarrhée consiste dans l'évacuation brusque de selles liquides ou semi-liquides, tantôt abondantes, tantôt répétées, souvent les deux à la fois et souvent aussi accompagnées de fièvre ainsi que de coliques douloureuses.

Telle est la définition du symptôme diarrhée en général. D'où provient cette expulsion de matières fécales anormales, tant au point de vue qualitatif que quantitatif? Elle provient de l'inflammation et de l'irritation de la muqueuse intestinale tant par des microbes pathogènes et par les toxines qu'ils sécrètent que par la viciation de la digestion normale qu'ils entraînent. La muqueuse irritée influe elle-même sur le péristaltisme intestinal qu'elle exagère et l'intestin, sans cesse sollicité, réagit en expulsant violemment et fréquemment son contenu. La diarrhée doit donc être considérée moins comme un processus d'intoxication que comme une réaction de défense de l'organisme. Nous allons voir, au cours de cette brève revue, combien cette conception est aussi juste au point de vue clinique, que féconde au point de vue thérapeutique.

C'est qu'en effet il est de la plus haute importance de combattre la diarrhée Ne savons-nous pas, depuis les recherches des biologistes, que la digestion stomacale n'est qu'une simple préparation à la digestion intestinale, et que c'est dans l'intestin que s'accomplissent les phénomènes digestifs les plus importants? Il est donc capital que le milieu où ils doivent s'accomplir ne soit pas vicié par des microbes pathogènes.

Or, Sieher, Nencki et Mac Fayden ont montré que c'était la réaction acide de l'intestin grêle qui assurait la digestion normale de l'albumine et de ses dérivés; car normalement, le contenu de l'intestin grêle a une odeur acide et non putride. Et pourtant les sucs des glandes digestives qui s'y déversent sont alcalins comme le suc intestinal lui-même. A quoi donc est due cette réaction acide normale de l'intestin? Tout simplement, comme l'ont bien montré Bienstock, Tissier et Martelly, à ce que l'intestin grêle normal est peuplé de microbes aérobies ou anaérobies facultatifs comme le Bacillus coli communis et le Bacillus lactis aerogenes surtout, et qui élaborent l'acide lactique et aussi les acides succinique, acétique et butyrique. C'est ainsi que les dérivés de l'albumine sont protégés pendant leur digestion de l'action néfaste des microbes protéolytiques anaérobies qui ne peuvent vivre qu'en milieu nettement alcalin. Aussi, comme le dit très bien le Professeur Combe, de Lausanne, « on comprend combien les inflammations prolongées de l'intestin grêle, qui modifient cet état de choses et qui peuvent diminuer ou même abolir la réaction acide du contenu de l'intestin, pourront avoir un retentissement fâcheux sur les putréfactions intestinales ».

Une telle conception pathogénique de la diarrhée comme conséquence de la diminution ou de la perte de la réaction acide normale de l'intestin est bien féconde en déductions thérapeutiques, ainsi que nous l'avancions tout à l'heure. Quoi de plus simple en effet que de combler le déficit acide de l'intestin grêle et surtout son déficit en acide lactique par une médication appropriée qui aura pour but d'introduire dans le tube digestif les ferments qui lui manquent. La Sinubérase, grâce aux ferments lactiques en symbiose exaltés qu'elle renferme, est le type accompli d'une telle médication. Avant de voir pourquoi et comment, nous allons faire l'étude générale des diarrhées.

Tout d'abord on peut les diviser en deux grandes classes : les diarrhées qui dominent la scène morbide et celles qui au contraire sont reléguées au second plan, ne constituant qu'un épiphénomène au cours de la maladie. Disons tout de suite quelques mots de ces dernières. Ce sont les diarrhées de la période d'invasion des maladies éruptives, de la rougeole, où le catarrhe des muqueuses est général; de la scarlatine, dont la forme gastro-intestinale n'est pas rare, caractérisée par une diarrhée cholériforme ou dysentériforme, avec ventre ballonné et douloureux. C'est la diarrhée des urémiques et des urinaires. C'est la diarrhée de la grippe à forme gastro-intestinale ou même de la grippe ordinaire. Les vomissements l'accompagnent souvent et les accidents gastriques et intestinaux rappellent ceux de la dysenterie ou du choléra. Dans ces diverses maladies, le symptôme diarrhée, traduisant l'intoxication de l'organisme, commande la désinfection intestinale par les ferments lactiques polyvalents et suractivés de la Sinubérase : nous savons maintenant pourquoi.

Il y a ici une place spéciale à faire à cette maladie infectieuse qui s'appelle la *dothiénentérie*. Il est difficile en effet de considérer la diarrhée des typhiques comme un symptôme de second ordre, cette diarrhée « jus de melon », souvent involontaire, tachant la chemise et si utile pour le diagnostic, comme pour le pronostic, car elle est d'autant plus abondante que la maladie est plus grave. En effet, comme le dit le Professeur Dopter, « la *diarrhée* est la règle; il s'agit d'une diarrhée liquide, séreuse, abondante, jaune-ocre, fétide, avec odeur ammoniacale ».

C'est que la typhoïde peut être considérée comme une entérite aiguë fébrile. Elle doit donc être justiciable de la bactériothérapie lactique. La clinique comme le laboratoire sont bien d'accord sur ce point. Les Docteurs G. Rosenthal et Charazain-Wetzel n'ont-ils pas démontré l'action empêchante des ferments lactiques sur le développement des bacilles d'Eberth? En quelques jours ces derniers sont tués par concurrence vitale. Et le Docteur Rosenthal dit : « Au cours de la maladie, le ferment lactique aura comme action de diminuer l'infection gastro-intestinale, de restreindre la végétation des bactéries protéolytiques et d'en entraver la sporulation, de lutter contre le symptôme diarrhée, de lutter contre le cercle vicieux de l'infection intestino-sanguine. » C'est pourquoi nous souscrivons pleinement aux conclusions du Dr Pierre Bonnard dans sa brochure sur l'auto-intoxication d'origine intestinale et les maladies qui en proviennent : « Nous ne voulons pas dire que la Sinubérase soit le seul traitement à employer contre la typhoïde; nous voulons dire qu'il faut toujours l'employer concurremment avec le traitement propre de la maladie. Le traitement par la Sinubérase est, d'autre part, un traitement de toute sécurité, puisqu'il ne peut jamais faire de mal. »

Nous en arrivons maintenant aux cas où le symptôme diarrhée domine la scène morbide, au point de faire quelquefois toute la maladie à lui tout seul. Nous commencerons par la *diarrhée des dyspeptiques*, qui est le meilleur signe de la mauvaise utilisation des aliments chez cette classe si nombreuse de malades. Inutile de dire combien les fautes de diététique sont multipliées en cas de campagne par la force des choses. Ce peut être une dyspepsie alimentaire par quantité ou par qualité; ce peut être aussi une dyspepsie organique par action digestive insuffisante. C'est encore la diarrhée prandiale de Linossier. C'est cette diarrhée que provoque immédiatement l'ingestion d'aliments, non pas que cette ingestion soit suivie, comme le croit trop souvent le malade, de leur expulsion immédiate, mais parce que le péristaltisme intestinal, réveillé par les premières contractions gastriques, vide l'intestin des matières semi-liquides accumulées dans un de ses coudes. Le Dr Pierre Danès, de la Faculté

de Toulouse, dans son Mémoire sur les dyspepsies provoquées, a bien montré toute l'utilité de la médication par la Sinubérase dans de pareils cas. Ne renferme-t-elle pas, en effet, entre autres ferments lactiques, du bacille paralactique pur qui vit spécialement bien dans l'estomac, et qui, outre sa sécrétion d'acide lactique, possède une sécrétion protéolytique, complétant heureusement la digestion gastrique propre? « La Sinubérase, dit le Dr Bonnard, a ainsi un double mode d'action contre la dilatation stomacale. »

Après la diarrhée des dyspeptiques vient tout naturellement l'*entérite, avec l'appendicite*, qui est trop souvent l'aboutissant de l'entérite négligée. Nombreuses sont les entérites, mais, qu'elles soient muqueuses, muco-membraneuses, glaireuses ou sableuses, la cause en est toujours l'infection microbienne, à la suite de la perte de la réaction acide normale de l'intestin.

Le mode d'action des microbes est triple : action irritative sur les parois intestinales, putréfaction de l'albumine, sécrétion d'entérotoxines. Quand nous aurons ajouté que les sécrétions glaireuses forment un merveilleux bouillon de culture, il sera aisé de comprendre dans quel cercle vicieux se trouve enfermé le dyspeptique, d'autant plus que le gonflement inflammatoire de sa muqueuse intestinale favorise son auto-intoxication.

Or, à quelles dures épreuves n'est pas soumis l'intestin du malheureux dyspeptique en campagne?

Nous devons au Dr Fournier, de la Faculté de Médecine de Montpellier, un Mémoire intéressant sur la façon de faire la désinfection intestinale dans tous ces cas au moyen de la Sinubérase. C'est que la Sinubérase ne renferme pas en effet que du bacille paralactique agissant dans l'estomac : c'est une préparation polyvalente. Elle renferme du bacille lactique bifidus, émettant son acide lactique au niveau de l'intestin grêle, et du bacille bulgare, qui l'émet au niveau du gros intestin. C'est donc un remède complet. C'est le meilleur moyen de faire la prophylaxie de l'appendicite car, ainsi que l'a montré le Professeur Richelot, c'est en soignant l'intestin qu'on prévient les accidents appendiculaires, capables de causer en cas de guerre les pires désastres, dans l'impossibilité où on est d'y apporter le remède immédiat. Ce qui domine la scène dans tous les cas d'entérite chronique ou d'appendicite, c'est la pullulation des anaérobies protéolytiques marchant de pair avec la diminution des aérobies, comme les ferments lactiques qui empêchent au contraire la putréfaction.

Nous arrivons maintenant à deux maladies dans lesquelles le symptôme diarrhée domine la scène morbide, au point de constituer presque à lui tout seul la maladie tout entière : nous voulons parler de la dysenterie et du choléra.

Dans la diarrhée dysentériforme, les selles sont d'abord visqueuses, jaunâtres, striées de sang. Puis la diarrhée devient liquide rosée « lavure de chairs », très fétide avec débris de muqueuse « raclurés de boyaux », surnageant. Les selles peuvent dépasser le chiffre de cinquante par 24 heures, accompagnées de ténesme et d'épreintes. Tel est le tableau symptomatique de la dysenterie ou plutôt des dysenteries, car elles sont au nombre de deux, amibienne et bacillaire. La dysenterie bacillaire est une maladie de nos régions tempérées, essentiellement épidémique et réglée par l'influence saisonnière. La dysenterie amibienne est au contraire une maladie des pays chauds, des régiments anglais des Indes en particulier ; c'est une maladie endémique. Elles sont d'ailleurs aussi contagieuses à peu près l'une que l'autre. Depuis peu un nouveau médicament semble avoir fait ses preuves dans le traitement curatif de la dysenterie amibienne, c'est l'émétine. Il n'en reste pas moins profondément vrai qu'étant donnée la mortalité élevée dans la dysenterie, il est autrement prudent de se mettre à l'abri de cette affection que d'avoir à la combattre, d'autant plus qu'elle sévit particulièrement sur les armées en campagne. Or les fermentations intestinales jouent un rôle favorisant au plus haut degré sur le développement des bacilles ou des amibes qui causent la dysenterie. Il y a donc tout intérêt, d'une part à supprimer ces fermentations par la bactériothérapie lactique, d'autre part à peupler l'intestin des bons bacilles lactiques de la Sinubérase vis-à-vis desquels les agents de la dysenterie ne pourront pas se développer, dans le cas où ils viendraient accidentellement ensemencer l'intestin, car ils seraient tout de suite étouffés par concurrence vitale.

La seconde affection dans laquelle le symptôme diarrhée est au premier plan est le choléra. Nous n'en ferons pas la description clinique. Diarrhée d'abord fécale, puis bilieuse, puis muqueuse : c'est la phase prémonitoire. Puis la diarrhée devient séreuse, presque incolore et inodore, contenant en suspension des grains riziformes : c'est la phase cholérique ou phlegmorragique. A ce moment apparaissent les accidents graves, collapsus, crampes, algidité, qui ont fait donner à cette forme le nom de forme algide. Ici, comme pour la dysenterie, il vaut mieux prévenir que combattre, et comme le vibrion cholérique, pas plus que les bacilles ou amibes dysentériques, ne peut vivre dans un milieu où prolifèrent les bacilles lactiques purs, on voit de quel précieux secours sera la Sinubérase dans la lutte anti-cholérique. Il est donc de haute prudence d'ensemencer notre intestin des ferments lactiques en symbiose exaltés de la Sinubérase, maintenant surtout que le choléra qui sévit en Autriche est vraiment à nos portes. Et d'autant plus que, dans la Sinubérase, les ferments lactiques sont associés au protoplasma de la levure de bière et aux principes actifs des touraillons d'orge. Or, le Dr Roux a établi, dans sa communication à la Société de médecine de Lyon, que le vibrion cholérique ne pouvait se développer dans la décoction de touraillons d'orge à 5 p. 100. Ces recherches étaient bientôt confirmées par de nombreux expérimentateurs, parmi lesquels il faut citer Fabre et Boinet. Nous sommes donc loin d'être désarmés contre le choléra, surtout au point de vue de sa prophylaxie.

Il est une dernière affection où la diarrhée domine encore la scène, et qui est extrêmement fréquente au cours de la campagne actuelle, c'est l'*entéro-colite aiguë*. MM. A. Jeandidier et M.-P. Ameuille viennent d'attirer l'attention sur elle dans leur très intéressante communication à la Société médicale des hôpitaux du 20 novembre 1914. L'affection débute par une diarrhée de quelques jours, de selles séreuses indolores. Puis surviennent les douleurs, les besoins d'évacuation deviennent plus impérieux et les selles sanguinolentes, « lavure de chair », ou « frai de grenouille », en même temps que la palpation donne l'impression d'un « câble » colique assez épais qui parcourrait les flancs. Cette entéro-colite aiguë subit des recrudescences à la suite des pluies par suite de la contamination de l'eau de boisson. Elle est donc encore et toujours justiciable de la bactériothérapie lactique. Qu'importe en effet l'introduction de quelques microbes pathogènes, s'ils ne peuvent se développer dans le milieu intestinal où la fermentation lactique sera en pleine activité? La Sinubérase, prise régulièrement, permet donc encore d'éviter l'entéro-colite aiguë dont nos armées souffrent en ce moment.

Nous en avons fini avec cette revue générale des diverses affections où le symptôme diarrhée est de la plus haute importance, quand il ne constitue pas la maladie à lui tout seul. Nous avons vu qu'on doit le considérer comme un symptôme de défense de l'organisme dès que l'intestin, envahi par les microbes protéolytiques, a perdu sa réaction acide normale. Nous avons vu enfin que sa thérapeutique pathogénique consiste dans l'emploi régulier de la bacillothérapie lactique : il ne nous reste plus que quelques mots à dire pour préciser le mécanisme de cette biothérapie.

De ce que la diarrhée est un processus défensif de l'intestin, il s'ensuit qu'il ne faut pas la combattre par des médicaments, comme l'opium, qui constipent d'une façon brutale et font ainsi de la rétention, — pas plus que par les soi-disant antiseptiques intestinaux, qui ne font qu'ajouter une intoxication médicamenteuse à l'intoxication microbienne déjà existante. La seule thérapeutique logique à lui opposer est la thérapeutique lactique, comme nous l'avons vu, parce que, tout d'abord, elle maintiendra, grâce à l'acide lactique dégagé, la réaction acide normale de l'intestin grêle. Elle conservera ainsi à l'intestin son équilibre biologique, en assurant la prédominance des bacilles aérobies utiles sur les anaérobies pathogènes. Mais elle ne sera vraiment efficace que si elle est composée de ferments lactiques purs et suractivés.

M. Effront, directeur de l'Institut de fermentation de Bruxelles, n'a-t-il pas démontré en effet que de nombreux bacilles desséchés sont incapables de provoquer aucune fermentation lactique ? C'est pourquoi il est nécessaire que les ferments lactiques soient sélectionnés par repiquages successifs et ainsi suractivés, comme ceux de la Sinubérase. Il faut qu'ils soient purs, c'est-à-dire qu'ils déterminent une fermentation lactique de bon aloi, qui ne se rencontre malheureusement pas dans tous les laits aigris artificiellement. C'est à cette seule condition d'être suractivés et purs comme ceux de la Sinubérase qu'ils feront, dans le milieu intestinal, une concurrence vitale victorieuse aux microbes protéolytiques.

Ils doivent en effet transformer le lactose en deux molécules d'acide lactique et arrêter là leur action. Ils ne doivent pas être mélangés de ferments hyperlactiques, c'est-à-dire qui, au lieu de s'arrêter au stade acide lactique, donneraient naissance à des acétones, à des alcools, à des acides tels que l'acide formique et l'acide acétique, comme l'a bien montré M. Mazé. Ils doivent enfin être polyvalents, c'est-à-dire ne pas s'attaquer qu'à une race, mais à plusieurs races microbiennes, aux microbes de l'estomac et de l'intestin grêle comme à ceux du gros intestin. Tel est bien le cas de la Sinubérase, qui renferme non seulement le bacille lactique bifidus, qui émet son acide lactique au niveau de l'intestin grêle, mais encore le bacille paralactique qui l'émet dans l'estomac, et le bacille bulgare qui l'émet au niveau du gros intestin. Ce n'est pas tout en effet que de dégager de l'acide lactique à un endroit quelconque du tube intestinal, encore faut-il le dégager là où il le faut. L'acide lactique agira en effet à l'état naissant là où il aura été émis, et il est nécessaire précisément qu'il soit émis dans chacun des grands segments du tractus digestif où il doit agir, car l'acide lactique est vite comburé dans l'organisme, au même titre que les autres acides organiques, et ce n'est pas l'acide émis dans l'estomac qui agit dans les dernières portions de l'intestin grêle, car il est comburé bien avant d'y parvenir. Pour être complet rappelons que, dans la Sinubérase, les ferments lactiques sont associés au protoplasma de la levure de bière et aux principes actifs des touraillons d'orge.

Ferments lactiques purs, ferments suractivés, ferments polyvalents en symbiose, voilà ce que la médication par la Sinubérase introduit dans le tube digestif : elle nous apparaît donc, à juste titre, comme une des armes les plus efficaces dont nous disposions pour lutter contre le symptôme diarrhée et seconder ainsi l'effort libérateur de notre organisme pour se débarrasser de l'infection microbienne.

Note statistique sur le Tétanos

Par M. le Docteur BAZY

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon, membre de l'Académie de Médecine

L'action préservatrice du sérum antitétanique ne paraît pas encore suffisamment démontrée à quelques chirurgiens, ainsi qu'en font foi les discussions qui ont eu lieu à plusieurs reprises à la Société de Chirurgie. Pour apporter encore des preuves de cette action préservatrice, que je soutiens depuis 1895, j'ai pensé devoir faire une enquête sur le tétanos à propos des cas nombreux observés depuis le début des hostilités.

Cette enquête, je l'ai limitée au Camp retranché de Paris. La peine que j'ai eue à recueillir les documents que j'apporte ici et qui, malgré tout, ne sont pas tout à fait complets, m'empêche de regretter de ne l'avoir pas étendue à toute la France : elle aurait peut-être demandé plus de six mois encore.

Ma statistique porte sur 10.896 blessés.

Sur ce nombre, on a observé 129 cas de tétanos, soit 1.184 pour 100.

Sur les 129 cas de tétanos, il y a eu 90 morts, soit 70 pour 100, exactement 69.76 pour 100.

Il est intéressant de savoir l'époque d'apparition du tétanos après la blessure. Il est peut-être utile de faire des réserves sur la date de la blessure qui a causé le tétanos; la blessure qui a fait hospitaliser le blessé peut n'être pas celle qui a causé le tétanos ; car celui-ci peut-être dû à une blessure antérieure, trop légère pour avoir motivé l'évacuation du blessé qui ne s'en est peut-être pas plaint. Ces restrictions sont motivées par l'apparition réellement précoce du tétanos dans quelques cas.

Nous voyons que le tétanos est apparu :

2 jours après la blessure 1 mort.
3 jours après la blessure 1 guérison, 2 morts.
4 jours après la blessure 5 morts.
5 jours après la blessure 1 guérison, 6 morts.
6 jours après la blessure 1 guérison, 1 sans renseignement, 11 morts.
7 jours après la blessure 1 guérison, 7 morts.
8 jours après la blessure 1 guérison, 1 sans renseignement, 11 morts.
9 jours après la blessure 3 guérisons, 7 morts.
10 jours après la blessure 2 guérisons, 9 morts.
11 jours après la blessure 5 guérisons, 3 morts.
12 jours après la blessure 2 guérisons, 5 morts.
14 jours après la blessure 1 guérison.
16 jours après la blessure 1 guérison.
17 jours après la blessure 1 guérison, 1 mort.
18 jours après la blessure 1 guérison, 1 mort.
20 jours après la blessure 1 guérison.
27 jours après la blessure 1 guérison.

De cette statistique il faut retenir plusieurs faits :

1° Le tétanos peut apparaître tardivement après la blessure : il a pu se montrer 14, 16, 17, 18, 20, 27 jours après la blessure, dans 8 cas.

Or nous voyons que sur ces 8 cas, où il y a 2 morts, il n'a pas été fait d'injections préventives : si l'on en eût fait, il est probable, je pourrais même dire certain, qu'on n'eût pas eu à déplorer deux morts et l'on eût épargné des souffrances aux blessés qui ont guéri ; cela revient à dire qu'il n'est jamais trop tard pour bien faire et qu'on doit une injection préventive à tout blessé qui n'en a pas reçu, et cela pour peu que la plaie présente des conditions d'éclosion du tétanos.

Inversement, il n'y a pas d'observations de tétanos chez les blessés ayant reçu l'injection préventive dans des conditions où celle-ci aurait pu agir. Les tétaniques n'avaient reçu l'injection que 1, 2 ou 3 jours avant l'apparition du mal, c'est-à-dire alors que le tétanos était en puissance et que l'action antitétanique du sérum ne pouvait plus utilement ou complètement s'exercer.

2° Le plus grand nombre de cas de tétanos s'est développé entre 6 et 8 jours après la blessure qui est supposée l'avoir déterminé, soit 34 cas. Cette constatation confirme les faits antérieurement connus.

Nous voyons de même qu'il y a 11 cas où il se serait développé 10 jours après, de sorte qu'une plaie qui daterait de 3 ou 4 jours serait encore apte à bénéficier du traitement préventif, et ce n'est pas une raison de ne pas faire d'injection préventive, parce que la plaie date de plus de 48 heures, et même plus.

3° Ma statistique montre que le tétanos a été particulièrement fréquent dans certaines localités. Du reste, ce fait est bien connu des vétérinaires qui nous l'ont appris, au point que j'ai pu dire qu'il existait pour le tétanos des champs maudits comme il en existe pour le charbon, ainsi que Pasteur l'a montré il y a bien longtemps.

4° Mais le fait sur lequel je veux insister ici, c'est l'*action préventive* du sérum. Elle est bien démontrée chez l'homme depuis longtemps pour tout esprit impartial ; quelques chirurgiens s'obstinent cependant à la nier ou à la mettre en doute.

Quand j'ai préconisé, il y a près de 20 ans, les injections préventives de sérum antitétanique dans toutes les plaies accidentelles, j'ai trouvé bien des opposants et non parmi les moindres de mes collègues ou maîtres. On ne voulait pas accepter qu'il y eût parité entre les faits observés par les médecins et ceux observés par les vétérinaires, les vétérinaires faisant, disaient-ils, l'injection avant de faire la plaie opératoire qui déterminait si fréquemment le tétanos, le chirurgien ne faisant cette injection que quand la plaie était faite depuis plusieurs heures, depuis 24 heures et même plus. Donc, ajoutaient-ils, les conditions ne sont plus les mêmes chez l'homme et chez les animaux. Mais il arrive fréquemment, et, au dire de certains vétérinaires, toujours, que dans les cas de plaies accidentelles chez les animaux, clous de rues, débris de verre, le vétérinaire n'est appelé que quand la plaie est enflammée et fortement infectée. Or, même dans ces cas, l'injection de sérum antitétanique a supprimé le tétanos dans les régions où auparavant il était très fréquent.

Du reste, étudions les faits et nous voyons que :

1° Dans les formations sanitaires où les chirurgiens font *systématiquement* des injections préventives, comme je le fais moi-même, à tous les blessés au moment de leur entrée, la morbidité par le tétanos est de 0,418 0/0.

Dans les formations sanitaires où cette injection n'est faite qu'aux malades suspects, elle est de 1,279 pour 100.

La morbidité est donc trois fois plus forte dans les services où l'on ne fait les injections qu'à certaines catégories de plaies que dans ceux où on les fait systématiquement à tous les blessés.

Mais voici qui est plus curieux et peut-être plus démonstratif :

Par suite de circonstances inutiles à indiquer, sur un lot de 200 blessés, 100 ont reçu une injection préventive : cette série n'a fourni qu'un cas de tétanos, et encore, dans ce cas, le tétanos s'est déclaré le lendemain de l'injection, de sorte qu'on peut dire que l'injection n'a été préventive que de nom ; en réalité, on pourrait dire que dans cette série il n'y a pas eu de tétanos. La morbidité a été de 0.

100 présentant des plaies à peu près semblables aux 100 autres n'ont reçu aucune injection ; il y a eu 18 cas de tétanos : 18 pour 100, près du 1/5.

Sur un autre lot de 50 blessés observés dans les mêmes conditions, on a sélectionné 10 d'entre eux porteurs de plaies par éclats d'obus, par balles de sphrapnells siégeant soit au tronc, soit sur les membres, plaies anfractueuses, purulentes. A ces 10 cas, on a fait une injection préventive : aucun n'a eu le tétanos.

Les 40 autres non vaccinés étaient porteurs de plaies simples, non suppurantes par balles de fusils, aucun non plus n'a eu le tétanos. Les deux catégories, quoique très différentes, se sont comportées vis-à-vis du tétanos exactement de la même manière.

Voilà donc 10 blessés qui étaient dans des conditions de réceptivité parfaite pour le tétanos ; 2 au moins d'entre eux auraient dû en être atteints tout comme les 100 de la série citée plus haut et qui n'avaient pas été sélectionnés. Or, aucun n'a été atteint.

Ces blessés à plaies suppurantes, anfractueuses, réalisant toutes les conditions de l'infection par le bacille du tétanos, se sont donc exactement comportés comme ceux qui n'avaient que des plaies par balles, plaies qui n'étaient pas suppurées et étaient cliniquement aseptiques.

Ajoutons que les 250 blessés dont il est ici question n'ont été inoculés que 5 jours environ après la blessure, tout comme les chevaux dont je parle plus haut.

Ces faits d'observation ont, on peut le dire, la valeur de faits expérimentaux, et ils en sont l'éclatante confirmation.

Si nous revenons maintenant à l'étude générale des cas de tétanos, nous voyons que si les plaies qui ont donné le tétanos sont dues pour la plus grande partie aux éclats d'obus et de shrapnells, les plaies par balles n'en sont pas indemnes.

Sur 129 cas, il y a eu 120 tétanos à la suite d'éclats d'obus et de shrapnells, 9 cas à la suite de plaies par balles. Ces 9 cas ont été suivis de morts ; aucun n'avait reçu d'injection préventive.

Les résultats que j'apporte sont de nature à fortifier l'autorité militaire dans les prescriptions qui ont été édictées par elle à la suite du vote de l'Académie de Médecine à la fin de septembre, prescrivant l'emploi du sérum antitétanique à titre préventif.

C'est dans les *formations sanitaires de l'avant*, dans les *ambulances divisionnaires* qu'il faut faire l'injection de sérum antitétanique. A défaut des ambulances divisionnaires c'est dans les *trains sanitaires*. Enfin, ainsi que le montre la statistique expérimentale signalée plus haut, une injection de sérum, même faite 5 jours après la blessure, peut encore avoir de la valeur.

Il faut faire ces injections à tous les blessés, que la blessure soit due à des balles ou à des éclats d'obus : j'ai montré que des plaies par balles avaient donné le tétanos. Si l'on est un peu dépourvu de sérum, il vaut mieux le réserver aux blessés par éclats d'obus, mais il y a un autre moyen de l'économiser : c'est de faire des injections moins abondantes.

Nocard avait montré que 10 cm3 suffisaient à préserver un cheval ; 1 cm3 suffirait chez l'homme. Or on en injecte 10 cm3. En faisant une injection de 2 cm3, un flacon suffirait pour 5 blessés ; on pourrait faire cinq fois plus d'injections. C'est ce que je commence à faire dans mes services de Beaujon et de l'Hôpital complémentaire n° 5.

Les Miracles de la Transfusion sanguine

Par le Docteur Frank DUPRAT
De la Faculté de Médecine de Paris

Remise en honneur par le célèbre chirurgien Cushing, de Boston, et Crile, de Chicago, la transfusion du sang est cette opération qui consiste à faire passer directement le sang d'un sujet en pleine santé dans la circulation d'un sujet très anémié, en réunissant l'artère du premier qu'on appelle *le transfuseur* à la veine du second, qu'on appelle *le transfusé*, par le moyen d'une petite canule en verre. La transfusion sanguine est une vraie opération chirurgicale, nécessitant une habileté et une asepsie parfaites. C'est donc, semble-t-il, une opération essentiellement moderne : et pourtant l'histoire ne nous apprend-elle pas que, dès le xvᵉ siècle, elle fut pratiquée avec succès sur un pape ! Tant il est vrai que l'histoire, et jusqu'à l'histoire de la médecine, n'est qu'un perpétuel recommencement.

Mais il n'est pas moins vrai que l'opération de la transfusion du sang ne pouvait donner ses pleins résultats qu'avec les méthodes de la chirurgie moderne. Elle tend maintenant à se substituer à la pratique des grandes injections de sérum artificiel qui furent tant en honneur il y a peu de temps encore. Notons en passant que ce qu'on appelle improprement sérum n'est autre chose d'ailleurs que de l'eau stérile, renfermant environ 9 grammes de sel marin par litre, c'est-à-dire se rapprochant autant que possible de la composition saline du vrai sérum sanguin. Il est aisé de comprendre qu'une telle injection, en remplissant le système circulatoire d'un sujet très affaibli, comme un typhique convalescent, ou d'un sujet qui a subi une hémorragie grave, permet au cœur de se contracter autrement qu'à vide et évite ainsi les accidents immédiats de l'anémie aiguë. Mais ses effets ne sont que passagers car elle ne rend pas à l'organisme du sang tout fait, pas plus qu'elle ne remet l'organisme en état d'en fabriquer du nouveau.

Il en va certes tout autrement avec la transfusion sanguine. Le sang du sujet transfuseur non seulement revivifie, mais recolore le sujet transfusé dont tous les tissus sont baignés à nouveau par la marée montante des globules rouges bienfaisants : car la partie capitale du sang, ce n'est pas le sérum, ce sont les globules.

Mais alors pourquoi cette merveilleuse opération de la transfusion sanguine n'est-elle pratiquée que par de trop rares chirurgiens ? C'est que « malgré toutes les descriptions si simples en apparence qui ont été faites de son manuel opératoire, elle reste évidemment réservée à un petit nombre de chirurgiens qui en ont acquis quelque habitude et sont particulièrement rompus à sa technique ». On ne saurait mieux dire.

C'est, en effet, une opération délicate au point de vue de la technique opératoire : il faut avoir ce que les chirurgiens appellent le tour de main. Il faut la plus stricte asepsie pour éviter une septicémie foudroyante par éruption des microbes dans le torrent circulatoire. Il faut transfuser le sang lentement pour éviter l'œdème pulmonaire. Il ne faut guère injecter plus de 50 à 100 grammes de sang à la fois. Il faut enfin, avant de pratiquer l'opération de la transfusion sanguine, faire l'analyse exacte des deux sangs qu'on va mélanger, vérifier qu'ils ne s'agglutinent pas, sinon on exposerait le sujet transfusé à mourir d'embolie subitement. La transfusion du sang est donc une opération certes merveilleuse mais, quoiqu'elle ait contribué à sauver bien des vies humaines, c'est, à cause de sa délicatesse, une opération d'exception.

C'est pour cette raison que les chercheurs ont tenté de substituer à cette transfusion directe et massive la transfusion indirecte et fractionnée des globules sanguins. La découverte du Globéol, qui couronna leurs recherches, permet de le faire aisément : il nous reste à expliquer comment. Il est bien évident, d'après ce que nous avons dit, que la partie essentielle du sang ce sont les globules et non le sérum. C'est dans les globules du sang qu'est donc contenu le secret de la vie : il est donc contenu dans chaque grain de globéol qui n'est, en définitive, qu'un comprimé de globules rouges. Pour bien comprendre quel formidable condensateur d'énergie représente chaque grain de globéol, il faut se rappeler que la dose journalière de 8 pilules correspond à 500 millions de globules soit un verre à liqueur de sang liquide et immédiatement assimilable. Ces globules ont été préparés à froid par centrifugation et congélations successives dans le vide : ils sont donc inaltérables. Ils représentent donc bien du sang intégral et leur absorption sera capable, aussi bien que la transfusion sanguine directe, de provoquer dans tout l'organisme cette marée montante globulaire dont nous parlions tout à l'heure.

Le globéol apporte donc à l'organisme du sang tout fait : il fait plus encore, mieux même, dirions-nous volontiers, il réveille la puissance qu'a l'organisme de fabriquer de nouveaux globules : comme disent les spécialistes, il lui rend son pouvoir hématopoïétique perdu. Prenons un grand blessé saigné à blanc, un malade profondément anémié, ou un convalescent de typhoïde ou de dysenterie. Donnons-lui sa dose journalière de globéol : nous lui transfuserons d'abord les globules sanguins qui sont la chose capitale dans le sang. Mais comme le globéol, c'est du sang intégral, nous lui transfuserons en même temps tous les ferments vivants du sang, les cyto-stimulines et les cyto-poiétiques, suractivées encore par le fer et le manganèse colloïdal, préparés pour la première fois par le chimiste Chatelain et qui font du globéol un tout vraiment complet.

Le globéol est donc le médicament idéal de la réparation sanguine. Il rendra d'aussi grands services aux grands blessés sur le champ de bataille qu'aux anémiés à la suite de surmenage ou de longues maladies. Il transfusera un sang nouveau à tous ceux qui auront pris la précaution de toujours porter sur eux, condensés dans un flacon, quelques cents grammes du précieux liquide sanguin. Rappelons-nous qu'outre le sang tout fait qu'il rend à l'organisme, il lui rend le pouvoir d'en fabriquer du nouveau. « Et nous comprendrons mieux toute la valeur d'une découverte comme celle du globéol qui représente du sang intégral, du sang vivant, qui réalise enfin, avec ses anticorps et ses ferments, au point de vue vraiment pratique, la grandiose conception de la transfusion du sang ; du globéol qui, diffusant dans tout l'organisme, y véhicule des énergies nouvelles et augmente notre force de vivre en même temps qu'il décuple notre force de résistance à toutes les causes nombreuses de maladie et de mort. »

EN FAVEUR DES MÉDECINS BELGES

La Fédération des Médecins d'Italie, présidée par le professeur Silvagni, de Bologne, répondant à un appel émouvant du professeur Jacobs, de Bruxelles, a ouvert une souscription en faveur des médecins belges éprouvés par la guerre et de leurs familles. On compte que cette souscription ne produira pas moins de 100.000 francs au sein du corps médical.

REVUE CLINIQUE

Les maladies de cœur aux armées

par M. Ch. FIESSINGER
Correspondant national de l'Académie de Médecine

Ce seul titre : *Les Maladies de cœur aux armées*, évoque l'idée d'une contradiction : quand on a le cœur malade, on ne va pas se battre. Mais, comme toutes les formules sages, celle-ci ne trouve son emploi que dans le pot-au-feu des conditions journalières. Quand sonnent les heures tragiques, les âmes viriles ne comptent plus avec la sagesse, et puisque chacun doit faire son devoir elles accompliront le leur.

La déclaration de guerre, ayant tendu dans un élan incomparable les ressorts de l'énergie nationale, a montré qu'un vigoureux coup de fouet porté sur le système nerveux a pouvoir, pour un temps, de remonter l'organe qui défaille quand bien même il serait touché sérieusement.

Les cardiopathes, à condition d'être soumis aux règles du traitement digitalique à doses faibles et subcontinues, tel que nous l'avons institué il y a neuf ans, plus que d'autres encore, éprouvent les bienfaits de l'exaltation morale. Un souffle de volonté héroïque qui soulève les âmes, tonifie les nerfs et accroît l'énergie des contractions cardiaques.

Déjà, l'an dernier, Déroulède nous avait offert le spectacle émouvant d'une volonté impérieuse commandant à un cœur à bout de résistance. Moribond, il se faisait descendre de son lit et, se rendant à Champigny, devant la foule anxieuse et frissonnante, il disait les paroles qu'il fallait dire et que ceux qui en avaient la mission ne prononçaient pas.

Est-ce l'exemple du grand patriote ? En regard des embusqués et des quémandeurs de certificats, se dressent les vaillants, ceux qui, ayant toutes raisons de demeurer chez eux où une maladie réelle les retient, passent outre aux conseils du médecin et partent à la frontière, comme les autres.

Six de nos malades ont pris les armes dans de semblables conditions, ou réformés, ou mis à la retraite, mais quand la patrie était en danger, refusant de demeurer chez eux et reprenant du service.

Six autres, officiers de carrière, n'ont pas davantage voulu encourir la honte de passer pour infirmes. Sans invoquer une mesquine raison de santé, ils ont suivi leurs camarades.

Au point de vue médical, ces douze malades se décomposent en cinq affections du myocarde (*myocardites ou cœurs rénaux*), une *tachycardie paroxystique* sans lésion organique et six lésions valvulaires (*trois insuffisances, un rétrécissement mitral, deux insuffisances aortiques*).

Le traitement suivi par la plupart était l'emploi de la digitaline crist. (1/10 de milligramme), deux à trois jours de suite par semaine à titre préventif, quand le cœur n'avait pas fléchi, et dix jours de suite avec interruptions consécutives de quatre jours, quand des signes de défaillance myocardique s'étaient antérieurement produits.

Comme il était aisé de le prévoir, les affections valvulaires primitives résistent mieux que les lésions myocardiques.

Des six malades qui composent le premier groupe, trois officiers d'infanterie — capitaine et lieutenants — nous ont laissé sans nouvelles depuis septembre. Leur *lésion mitrale*, bien compensée jusque-là, leur avait permis, avec l'aide de la digitaline à titre préventif, de satisfaire aux fatigues de la vie de combat.

Un quatrième, âgé de 23 ans, réformé du service militaire pour *insuffisance aortique*, s'engage à nouveau, assiste à la bataille de la Marne, mais oubliant de prendre sa digitaline, se dilate le cœur, obtient un congé, se soigne quinze jours et retourne au feu. Cette fois, en

dépit des protestations, un congé définitif de réforme brise sa volonté et le renvoie chez lui.

Le cinquième malade est âgé de 26 ans. Réformé du service comme atteint d'*insuffisance aortique*, il s'engage à titre d'aviateur. Au milieu d'août, il tombe avec son appareil d'une hauteur de 20 mètres, se luxe l'épaule et, le corps couvert de contusions, vient nous faire vérifier l'état de son cœur. Il tient bon. Aussitôt l'aviateur repart à l'armée et poursuit ses reconnaissances aériennes.

Le sixième valvulaire est un confrère, médecin-major, âgé de 35 ans, avec *rétrécissement mitral*. Demeuré seul en Lorraine, après la débâcle du XVe corps, sur un champ de bataille où étaient étendus plus de sept cents blessés, il est fait prisonnier, conduit en Alsace, échangé contre des médecins allemands retenus en France, rejoint son corps, passe les jours et les nuits sur le front, dans les combats de Lassigny et de Roye. La dypsnée augmentant suspend son œuvre de dévouement inlassable. Nous le voyons le 10 octobre. Sur notre conseil de prendre un repos d'une quinzaine, il nous déclare que c'est impossible, se couche quarante-huit heures et rejoint son corps.

Des cinq officiers atteints de lésions du myocarde, l'un d'eux, un capitaine, asystolique du cœur droit en 1908 et atteint d'une *myocardite atténuée*, suite de grippe, s'était remis, et avait pu suivre les grandes manœuvres les années suivantes. Depuis le 2 août, nous ne savons ce qu'il est devenu. Deux autres officiers supérieurs, un intendant général et un vétérinaire major, atteints d'un *cœur rénal* avec tachycardie et galop cardiaque, ont pu faire la campagne trois mois, le premier assurant la subsistance d'une armée de 350.000 hommes, le second couchant sur la paille plusieurs semaines de suite, traitant les hommes plus que les chevaux, pratiquant de nombreuses injections de sérum antitétanique. Tous deux vont bien, mais ont dû demander un service moins pénible. Un instituteur, âgé de 28 ans, souffrait de crises de *tachycardie paroxystique* (pouls à 190) sans lésions apparentes et avait déjà dilaté son cœur, il y a six ans ; après avoir fait son devoir à l'armée, il a été atteint d'une dilatation aiguë du cœur, suite d'une nouvelle crise de tachycardie paroxystique durant six jours. Il va bien aujourd'hui, et de l'armée est retourné à son école.

Le cinquième, général de brigade, offrant les signes d'une *myocardite chronique*, sans participation du rein, laissa fléchir son cœur arythmique à deux reprises, en 1913 et au printemps de 1914. Refusant de prendre sa retraite, il partit à la guerre. Les journaux ont annoncé sa mort au champ d'honneur, un éclat d'obus l'ayant abattu au milieu de ses troupes.

Le sixième et dernier, capitaine d'infanterie, est un civil âgé de 59 ans. Depuis six ans, *cardio-rénal*, tension artérielle élevée (25-12), galop cardiaque, urines albumineuses ; à différentes reprises, crises angineuses par distension cardiaque, crises d'urémie, crises de fléchissement myocardique. Sans prendre notre avis, il part à l'armée. En novembre, plusieurs crises dyspnéiques. Ce malade refuse le repos nécessaire. Fin novembre, après une forte distension du cœur, embolie de la fémorale ; gangrène du pied et de la jambe. Revient à Paris. Cœur arythmique, distendu. La fièvre s'élève. Au bout de quarante-huit heures de repos, avec régime lacto-hydrique, glace sur le cœur et médication habituelle, M. le professeur Quénu pratique l'amputation au tiers moyen de la cuisse, le 3 décembre. Le chloroforme administré avec grandes précautions par l'interne de M. Quénu, M. Loir, ne provoque pas d'incidents. Le malade va bien. Malheureusement, douze jours plus tard une embolie obture l'artère fémorale du côté opposé. La gangrène se déclare, la fièvre s'élève, le cœur fléchit. On est obligé d'attendre.

Ajoutons, tellement il est vrai que la grandeur des âmes se transmet comme une vertu de famille, que ce vaillant officier est le père du jeune homme atteint d'une insuffisance aortique dont nous avons parlé plus haut et qui, malgré sa mise à la réforme, était reparti comme soldat.

De pareils exemples, s'ils n'accroissent pas le bagage des connaissances acquises, illustrent d'une page magnifique les annales de notre histoire. Ils démontrent que l'enthousiasme et l'héroïsme survivent aux efforts tentés pour les anéantir. Les Allemands ont commis une erreur psychologique : une compression d'idées rationalistes poursuivie pendant vingt ou trente ans ne suffit pas pour étouffer les profondes voix de l'âme qui, à travers les siècles, ont clamé les aspirations et les instincts généreux d'une race. Aux heures de péril, la baguette d'un chef d'orchestre invisible donne le signal et le chœur, un chœur national, où chacun reprend le chant de ses pères, s'élève et s'enfle dans une harmonie de sonorités et une majesté d'accords dont les vibrations semblaient à jamais éteintes et la signification perdue à la nécropole des sentiments morts.

REVUE DE CHIRURGIE

Appareil à extension pour les fractures de l'Humérus

Par M. le Docteur PIERRE DELBET
Professeur de clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôpital Necker

J'emploie depuis dix ans un appareil qui réalise d'énormes avantages dans le traitement des fractures compliquées par projectiles de guerre, si nombreuses en ces graves moments.

Le traitement des fractures compliquées par balles et surtout par éclats d'obus constitue une des plus graves difficultés de la chirurgie de guerre.

Notre objectif, même dans les cas les plus graves, doit être la conservation : et il ne suffit pas d'éviter l'amputation, il faut faire en sorte que le membre conservé soit utilisable.

Pour réaliser ce désidératum, le membre doit être immobilisé dans une attitude convenable par un appareil qui permette de faire les pansements.

Ces deux conditions nécessaires et dans une certaine mesure, contradictoires, ne sont pas remplis par les appareils ordinaires.

La construction des appareils plâtrés est rendue très difficile, souvent impossible par les plaies habituellement doubles et souvent énormes. Même si l'on réussit à établir un plâtre à peu près satisfaisant, il est rapidement imbibé par les sécrétions séro-hémato-purulentes qui sont, dans ce cas, d'une abondance extraordinaire. Il se ramollit et devient un foyer de septicité et de puanteur. Les divers artifices que l'on emploie pour éviter son imbibition, badigeonnage au silicate, enveloppement de papier d'étain, sont illusoires ou transitoires.

Aussi est-on infailliblement réduit aux attelles ou aux gouttières. L'immobilisation que celles-ci réalisent est imparfaite, et la contention n'est que bien rarement obtenue en position satisfaisante.

En outre, et c'est là leur plus grave inconvénient, on est obligé de les enlever pour les pansements, et ceux-ci, dans les fractures par éclats d'obus, doivent être quotidiens. L'ablation et la réapplication des attelles ou gouttières ne peuvent aller sans une certaine mobilisation des fragments, mobilisation qui cause aux malades des douleurs terribles qui, en contusionnant ou dilacérant les tissus par le frottement des extrémités osseuses, favorise l'extension de l'infection, qui expose à détacher les esquilles qui ont encore des connexions, qui empêche celles qui sont libres de se greffer.

Tous ces graves inconvénients sont supprimés par mon appareil qui présente de grands avantages pour le traitement des fractures compliquées.

Aucune des pièces de l'appareil n'est au contact direct du bras. Grâce à cette disposition, on peut faire tous les pansements sans le déplacer et sans mobiliser le bras le moins du monde. Le malade se place lui-même et aisément dans la position qui est rendue la plus commode par le siège des plaies, couché, assis ou debout. On peut toujours réussir à faire les lavages, injections, irrigations que l'on juge nécessaires. Le pansement est ensuite appliqué et il est maintenu non par des bandes qu'il serait difficile de rouler, mais soit par des lacs, soit par un rectangle de toile, bandage de bras fixé par des épingles de sûreté comme un bandage de corps.

Dès que l'extension est installée, les malades éprouvent un soulagement immédiat. Les pansements ne sont plus douloureux. Dans mon service, je n'ai malheureusement pas d'appareils pour tous les fracturés du bras. Ceux qui n'en ont pas jalousent ceux qui en ont et ils ont raison, non seulement parce qu'ils souffrent inutilement, mais aussi parce que leur bras est en moins bonne position et que leur fracture évolue d'une manière moins satisfaisante.

En effet, grâce à la bonne réduction et à l'immobilisation permanente réalisées par mon appareil, l'infection se limite plus aisément, les esquilles conservent leur connexion ou se greffent, la consolidation se fait mieux et plus vite. Les chances de conserver des membres utiles sont notablement augmentées.

Traitement des plaies gangreneuses par le débridement

Par le Docteur H. TOUSSAINT
Directeur du service de santé au ministère de la Guerre

On ne saurait trop insister sur l'angoissante question, mise à l'ordre du jour, du débridement large des plaies par armes à feu, et, tout particulièrement, sur celles en imminence d'hémorragie secondaire ; c'est ce dernier point, que je désire mettre en relief à l'aide de l'observation suivante :

Il s'agit d'un blessé du 153e d'infanterie, entré le 12 octobre, à l'hôpital du Louvre, ayant reçu l'avant-veille un projectile de nature indéterminée à la partie moyenne du bras droit. L'hémorragie primitive a été assez accentuée pour qu'un camarade de tranchée ait dû lui assurer la compression locale avec le pansement individuel.

L'orifice d'entrée, de la surface d'une pièce de 1 franc, siège exactement le long du plexus vasculo-nerveux ; celui de sortie, situé sur le même plan transversal, est plus large qu'une pièce de 5 francs. Le biceps, à ce niveau est hernié, dilacéré avec odeur de sphacèle.

La sensibilité et la motilité du membre sous-jacent sont intactes ; mais, tout le membre est œdématié, sans refroidissement appréciable des doigts.

Comparé à celui du côté gauche, le pouls radial est à peine perceptible.

L'état général est celui d'un anémique profondément infecté et sidéré, il est angoissé, sans frisson, avec 39 degrés.

Le drainage immédiat du séton brachial est assuré avec irrigation quotidienne d'eau oxygénée.

Le 13, je fais remarquer à l'assistance, que le pouls en nappe, massif, perceptible dans la gouttière olécranienne, est symptomatique de l'établissement de la circulation collatérale. Et, de suite, le médecin de garde est mis en éveil vis-à-vis d'une inondation sanguine possible dans les plaies, alors que nous y cherchions vainement pour marcher, un signe pathognomonique d'anévrisme vrai ou faux, souffle ou mouvement d'expansion sous le doigt.

Le 16, il m'avise, par téléphone, qu'il aveugle par compression digitale sus-claviculaire, puis, avec le tube d'Esmarch, une hémorragie en nappe. Une demi-heure après, à une heure du matin, sous un éclairage électrique parfait, je me rend facilement compte, après avoir longuement débridé au niveau de l'orifice d'entrée, qu'une poche du volume d'un gros œuf de poule s'est formée du fait d'une coagulation fibrineuse mal organisée. L'ayant vidée par le plus recommandable des curettages, le curage digital, je vois d'abord le nerf musculo-cutané intact pénétrant dans le biceps ; puis, sans apercevoir le médian, apparaît le bout périphérique de l'artère humérale complètement sectionnée et dénudée sur 4 centimètres de longueur. Résection de 3 centimètres de ce bout effiloché, en battant de cloche; pour serrer une soie n° 2, en tissu tout à fait sain.

En recherchant le bout supérieur qui, encore garrotté, ne saigne pas, mon excellent aide le Dr Gotchaux, s'aperçoit avec moi, que la veine humérale, fissurée latéralement, saigne là par suintement. Une suture latérale, que je tente, ne satisfait pas, elle est donc liée entre deux ligatures.

Le bout central de l'artère est mis à nu au-dessous de l'émergence de la collatérale externe, et il est aveuglé en tissu sain par une soie n° 2, moins coupante qu'un fil plus fin.

Aucun suintement n'apparaît à la levée du tube d'Esmarch ; léger tamponnement de la cavité à la gaze avec enveloppement ouaté du bras, la main reposant sur un coussin en déclivité.

Dans son lit le blessé reçoit de suite un litre de sérum artificiel en injection hypodermique ; puis, deux litres au goutte à goutte par le lavement de Murphy, prescrit à nouveau le lendemain et surlendemain.

Après avoir oscillé entre 39 et 40, la température tombe à 37 le 6e jour, et l'euphorie se traduit par le sourire, la demande d'une alimentation généreuse et par sa moustache qu'il frise.

Le pouls radial plus faible qu'à gauche à reparu.

Au 8e jour de l'opération, il va se lever avec l'avant-bras reposant sur une écharpe, et la guérison prochaine est assurée avec intégrité fonctionnelle du membre.

Il va sans dire qu'ils sont absolument inévacuables au loin les blessés chez qui l'on soupçonne une lésion vasculaire compliquant une plaie contuse par coup de feu ou par arme blanche. Et alors, pour eux, sur place, vient se poser la question de l'intervention armée, qu'aucun livre classique n'a encore su mettre à point.

Quelle est donc l'indication clinique de ce débridement ?

C'est de se trouver en face du syndrome de la contusion ou de la rupture de l'artère ou de la veine, ou à la fois des deux vaisseaux nourriciers d'un membre. Ce syndrome, d'une grande délicatesse d'interprétation, est caractérisé : tantôt, par des crachats hémoptoïques par embolie, suite de phlébite traumatique localisée ; tantôt, par de l'œdème mou, subphlegmoneux, sousjacent au vaisseau présumé lésé et déjà symptomatique de gêne circulatoire, et, peut-être, de début de circulation collatérale ; tantôt, par l'atténuation, même par la disparition du pouls en aval de la plaie ; tantôt, enfin, par un suintement séro-sanguinolent. Ce dernier signe mérite toute attention. Guidé par ce suintement et l'absence de pouls, j'estime que le chirurgien averti n'a absolument plus à différer son acte opératoire.

Il reste, bien entendu, qu'en face des signes pathognomoniques de l'anévrisme, souffle ou expansion de la poche, attendre dans ces plaies infectées la survenance de l'hémorragie pour débrider et porter les ligatures, c'est accepter d'être sévèrement critiqué.

Ce sera donc toujours à l'inventaire de ces plaies suspectes, en imminence d'hémorragie, obtenu par un large débridement secondaire, qu'il faudra avoir recours dans une salle d'opération aménagée aux mieux des ressources locales.

Leur seul recroquevillement permet aux vaisseaux, sectionnés d'emblée par un corps contondant, de résister à l'ondée sanguine, au moins pendant les effets de dépression organique consécutifs au shock. Et, dans ce cas, en survenant du 8e au 10e jour, l'hémorragie secondaire n'est que trop souvent mortelle, parce que la ligature n'est apportée qu'*in extremis*.

C'est pourquoi, si le professeur Delorme a déjà, en 1888, dans son Traité de chirurgie de guerre, précisé que les anévrismes primitifs, qu'on observe à la suite des blessures des artères par les coups de feu et les coups d'armes blanches, doivent être en principe traités par la ligature, de mon côté, je pense qu'il y a encore plus à faire : il faut dépister les lésions vasculaires par l'étude de leurs symptômes larvés et porter, en conséquence, préventivement une ligature directe, puisqu'il y va de l'intérêt vital du blessé.

Il est évident que ces plaies infectées exigent le drainage ; mais, je préfère capitonner mollement leur cavité avec une languette de gaze chiffonnée, plutôt que d'y laisser une ou deux drains de caoutchouc plus sujets à microtraumatiser à leur voisinage des vaisseaux à vitalité suspecte.

Quant aux surfaces de section, elles ont essentiellement besoin de rester béantes et exposées, sans aucune suture, afin d'exosmoser et de déverser dans un pansement sec, absorbant et peu compressif, les facteurs de septico-pyohémie qui les infiltrent, et qui, sans aucun doute, collaborent à l'évolution tardive du bacille de Nicolaïer.

Une irrigation quotidienne d'eau oxygénée viendra les vivifier rapidement, en charriant mécaniquement au dehors les éléments de l'incessante mortification des parois.

Je me rallie donc ainsi à la pratique préconisée par M. Rochard, de la non-suture du débridement. Et, sans sortir de mon sujet, j'ajouterai que, seules, de bonnes et récentes radiographies nous guideront exactement pour déloger les éclats d'obus. C'est ainsi qu'un de mes blessés de l'hôpital du Louvre y était entré avec un éclatement de l'éminence hypothénar et dénudation du 5e métacarpien, pour lequel il reçut deux injections de sérum antitétanique, et, de plus, avec une plaie du milieu de la joue droite accompagnée de quelques crachats sanglants et de dysphagie.

Une amygdalite gauche phlegmoneuse s'ensuivit ; puis, évolua un phlegmon parotidien gauche, avec contracture du masséter. Or, les deux radiographies faites permirent de porter le diagnostic d'éclat métallique implanté au-dessus et en arrière de l'angle de la mâchoire inférieure gauche à la partie inférieure de la fosse ptérygomaxillaire. Avec la précieuse assistance du Dr Baumgartner, et, sous le chloroforme, une incision à hauteur de l'angle maxilaire nous conduisit sur le bord postérieur du masséter, sous lequel on pensait localiser le corps étranger. Il fallut se reporter plus en arrière pour effondrer l'expansion aponévrotique se jetant sur le sterno-cléido-mastoïdien, et qui masquait le corps étranger en voie d'enkystement profond avec début de réaction suppurative de la parotide.

On comprend qu'il nous fallait limiter le débridement dans cette région particulièrement dangereuse au voisinage immédiat des branches de la carotide externe, des veines cervicales et du nerf facial. Aucune pince n'assurait bonne prise sur ce morceau d'acier chromé, à angles tranchants, mesurant 3 centimètres de long, 2 de large et 1 d'épaisseur, toutes dérapaient. C'est avec une curette que je dus le contourner pour l'amarrer, en la guidant sur la pulpe de l'index, servant de point d'appui lors des réels efforts d'extraction.

Il faut bien dire qu'il n'existe pas dans l'arsenal chirurgical une pince non dérapante sur l'acier poli, aucune ne mord suffisamment, alors que, cependant, dans certaines régions au voisinage d'organes délicats, il y a le plus grand intérêt à limiter au minimum le débridement et toute manœuvre traumatisante. En ce cas, c'est une tenette à branche glissante et à mors ramassant, qui acconcherait au mieux semblable corps étranger.

En résumé, une plaie infectée par arme à feu, en instance d'hémorragie secondaire, exige d'urgence son débridement préventif. C'est là seule vraie tactique sanitaire, permettant d'étancher, à temps voulu, avec un maximum de sécurité le sang consacré à la défense de la Patrie.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Injection intraveineuse de sérum camphré

Par M. le Docteur A. RÉMOND (de Metz)
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Toulouse

En faisant dissoudre à froid du camphre dans un sérum isotonique (24 heures), on obtient un liquide limpide, qui se précipite au moment de la stérilisation et s'éclaircit par refroidissement. On peut élever de nouveau sa température à 37 degrés, sans provoquer de précipité.

Ce liquide contient 0 gr. 20 de camphre environ pour 100 cent. cubes. En injectant dans la veine du pli du coude cette solution de camphre, toutes les précautions étant prises d'ailleurs pour assurer la bonne marche de l'intervention, on détermine dans les infections pneumococciques une résolution extrêmement rapide des phénomènes généraux. Cette action se traduit par un frisson violent, une élévation considérable de la température pouvant atteindre 41 degrés, puis une chute de la température qui revient aux environs de la normale (37°5 à 37°8) avec amendement rapide de tous les signes cliniques.

Le sérum camphré agit de la même manière sur les infections à staphylocoques et à streptocoques.

Son action est beaucoup plus intense que celle de l'huile camphrée sur les centres respiratoires et sur le cœur. Son action antitoxique, antiseptique générale est remarquable. Son emploi est inoffensif. J'ai pu l'employer pour faire disparaître la fièvre hectique chez des tuberculeux cavitaires gravement atteints, sans accidents. Il est souvent utile de faire deux injections, jamais davantage. Je m'en sers dans mon service de clinique à Toulouse, depuis plusieurs mois.

Comment combattre les atteintes rhumatismales chez les hommes en campagne

Entre toutes les affections qui, en ce moment, atteignent nos soldats, le rhumatisme se signale par sa fréquence.

Rien n'est moins pour surprendre. Obligés de vivre continuellement dans les tranchées, exposés à toutes les intempéries, à coucher sur le sol humide, à subir les atteintes du froid, les hommes de troupe sont en grand nombre rapidement pris de douleurs ou voient se réveiller celles anciennes qu'ils pouvaient croire disparues.

Ces atteintes de rhumatismes, naturellement particulièrement fréquentes chez les sujets de tempérament arthritique ou issus d'une souche arthritique, ont le plus souvent pour conséquence de rendre pour un temps plus ou moins prolongé le malade impropre à tout service.

Et c'est ainsi que les hôpitaux de l'arrière reçoivent continuellement, et en grand nombre, des hommes perclus de douleurs et qu'il faut soigner durant des semaines avant qu'ils se retrouvent en état de revenir prendre leur poste de combat.

En bien des cas pourtant, pour ne pas dire dans tous les cas, ces mises en congé de maladie pourraient être évitées, sous la condition de recourir au traitement par l'urodonal.

L'urodonal qui constitue, comme l'ont reconnu de nombreux cliniciens, le dissolvant par excellence de l'acide urique, exerce contre le rhumatisme une véritable action élective supérieure à celle du salicylate de soude, action signalée par des maîtres éminents dans des communications aux sociétés savantes. L'urodonal a été préconisé dans les ouvrages qui font autorité, dans le traité du professeur Lancereaux, ancien président de l'Académie de médecine et le docteur Légerot, l'éminent professeur de physiologie de l'Ecole supérieure des sciences d'Alger, en a établi d'une façon définitive et documentée la haute efficacité dans le traitement du rhumatisme. Il n'hésite pas à déconseiller l'usage du salicylate, l'urodonal étant beaucoup plus actif et n'en ayant aucun des inconvénients ni des dangers.

Instituée de bonne heure, c'est-à-dire dès l'apparition même des premiers symptômes, la cure d'urodonal ne tarde pas à les écarter complètement et par suite permet d'éviter toute crise douloureuse.

L'indication au temps actuel est particulièrement précieuse. Puissent nos soldats pouvoir la suivre chaque fois qu'elle sera nécessaire. Tous ceux qui le peuvent devraient à l'heure actuelle prendre de l'urodonal d'une façon préventive, de façon à se garantir de toute attaque de rhumatisme ou de goutte, de maux de reins ou de sciatique. Combien de malheureux souffriront plus tard de ces maux pour avoir négligé ce traitement à titre prophylactique?

REVUE D'HYGIÈNE

Mesures contre la propagation des contages [1]

Les rougeoleux, les scarlatineux, les diphtériques, les malades atteints de méningite cérébro-spinale, propagent la contagion par leurs sécrétions naso-bucco-pharyngées : elles se répandent presque incessamment autour des malades, qui sont de la sorte surtout dangereux par eux-mêmes, pour leur entourage immédiat. Il en est ainsi pour les varioleux qui occasionnent également de la contagion directe, interhumaine, à courte distance.

Vis-à-vis de ces malades, l'isolement joue un rôle capital dans la lutte contre la propagation des contages. Il doit être de quinze à vingt jours pour les rougeoleux, de quarante jours pour les scarlatineux et les varioleux, de quinze à trente jours pour les diphtéritiques.

On veillera, en outre, à réaliser le mieux possible l'antisepsie de la cavité bucco-pharyngée et des fosses nasales des malades susdits à l'aide de l'eau oxygénée diluée, de l'eau de Labarraque étendue de moitié d'eau, de l'huile mentholée à 7 pour 100, des attouchements à la glycérine iodée à 1 pour 30. Les crachats seront reçus dans une solution de crésyl à 2 pour 100.

Quant aux typhoïdiques, aux dysentériques, c'est en pratique exclusivement dans leurs évacuations intestinales (et quelquefois dans l'urine des typhoïdiques) que se trouvent les germes de l'infection dont ils sont atteints : c'est donc d'ordinaire par voie indirecte que leur maladie peut être propagée.

Désinfection des selles. — Vis-à-vis de ces malades, tout en faisant observer un isolement convenable, il importe surtout de s'attacher à prévenir la dispersion des matières fécales et à les désinfecter au fur et à mesure de leur production au moyen de l'une des solutions suivantes :

Sulfate de cuivre............	à 5 pour 100
Crésyl..........................	à 5 —
Chlorure de chaux............	à 2 —

ou encore l'eau de Javel ordinaire (à 30°) étendue de 30 fois son volume. On n'attendra pas que les matières fécales soient accumulées en masses considérables pour les traiter par ces solutions, et on assurera le contact de celles-ci avec les matières pendant au moins deux heures.

Désinfection du linge. — On rennira dans des récipients bien clos, ou au moins dans des sacs, le linge de tous les contagieux, puis on l'immergera, pendant quelques heures, dans une solution de crésyl à 2 pour 100 avant de le faire laver et lessiver.

Désinfection des vêtements et de la literie. — Les vêtements de laine, les couvertures des lits, les matelas, passeront autant que possible à l'étuve à vapeur (dans laquelle ils ne doivent pas être trop serrés ni placés en paquets) ; on peut encore les désinfecter dans des étuves ou chambres à formol (où l'atmosphère doit être chaude et presque saturée de vapeur d'eau) ; à défaut d'un des moyens précédents, on les soumettra à une pulvérisation méthodique d'une solution de formol à 2 pour 100 poussée jusqu'au ruissellement.

Désinfection des objets divers. — Tous les objets à usage des contagieux seront également désinfectés par un des procédés ci-dessus ; les couverts, la vaisselle seront ébouillantés ; on aura soin de ne pas exposer les cuirs à la température élevée des étuves. La paille des paillasses sera incinérée.

Nettoyage et désinfection des locaux. — La désinfection des locaux occupés par des contagieux peut être considérée jusqu'à un certain point comme superflue si ces locaux sont tenus en parfait état de propreté. On veillera avec le plus grand soin à ce que cette dernière condition soit toujours exactement remplie. Chaque jour les planchers seront très utilement balayés avec de la sciure de bois légèrement humectée par une solution de chlorure de chaux. De temps en temps, on fera exécuter un nettoyage à fond du sol des locaux, un véritable récurage avec de l'eau chaude additionnée de carbonate de soude, de savon noir et des brosses de chiendent maniées vigoureusement : cela vaut mieux que bien des procédés de désinfection. On complètera l'action de ces nettoyages par des lavages avec une solution de crésyl à 2 pour 100 ou avec de l'eau de Javel (à 30°) étendue de 50 fois son volume sur les points où les planchers paraîtront avoir été spécialement souillés par des déjections ou excrétions contagieuses.

Ces mêmes solutions seront employées pour les meubles, les boiseries, la partie inférieure des murs des locaux. On utilisera largement et fréquemment le lait de chaux (à 20 pour 100) vis-à-vis de toutes les parois qui supportent sans inconvénient les badigeonnages de ce genre : on nettoie et on désinfecte ainsi du même coup de la façon la plus efficace.

On peut combattre les mauvaises odeurs des cabinets d'aisances par l'huile lourde de houille répandue en couche mince sur les matières fécales, par le chlorure de chaux, par le crézyl (à 2 pour 100). Avant tout, la plus rigoureuse propreté est indispensable dans ces cabinets et elle devra être maintenue, comme celle de leurs abords, par tous les moyens possibles.

[1] Publication de la Direction du Service de Santé.

CARNET DU PRATICIEN

Prostatites

Dans les cas aigus : Sangsues au périnée, grands bains chauds, lavements chauds, émollients, calmer la douleur avec les suppositoires suivants :

Extrait de belladone.........	0 gr. 02
Onguent napolitain..........	0 gr. 25
Beurre de cacao.............	3 gr.

Pour un suppositoire.

Instituer sans retard la cure de pagéol, 16 capsules par jour. S'il y a rétention d'urine, sonder la vessie avec une sonde molle.

Dans les cas chroniques : Hydrothérapie, repos, coït autorisé à intervalles éloignés, bains de siège et lavements chauds, massage de la prostate, dilatation au besoin de l'urètre par les béniqués et, enfin, recourir encore à la cure de pagéol à la dose de 6 à 10 capsules par jour, prises à raison de 3 ou 4 au début de chaque repas.

Continuer cette cure jusqu'à guérison complète.

Bronchite des emphysémateux

Oxyde blanc d'antimoine.....	1 gramme
Sirop d'ipéca................	20 —
Alcoolature de racine d'aconit	XX gouttes
Sirop diacode................	20 grammes
Teinture de noix vomique...	X gouttes
Eau de laurier-cerise.......	5 gr.
Hydrolat de tilleul.........	20 gr.

Par cuillerée à soupe dans les vingt-quatre heures.

(Professeur ROBIN).

Traitement de la constipation.

Surveiller soigneusement l'hygiène alimentaire : Légumes verts, fruits, pâtes, peu de viande, pas de vin.

Exercice, hydrothérapie froide, massage abdominal et gymnastique.

Prendre chaque jour au moment du coucher de 1 à 3 comprimés de Jubol.

Se présenter à la garde-robe chaque jour à heure fixe.

Cette cure de rééducation de l'intestin doit être poursuivie durant plusieurs mois.

Palpitations avec lésions cardiaques

Prendre chaque deux heures, de préférence dans un peu de lait ou de tisane, une cuillerée à soupe de la potion :

Hydrate de chloral.........	2 grammes
Bromure de sodium.........	2 —
Codéine.....................	0 gr. 10
Eau distillée...............	45 grammes
Sirop d'éc. d'oranges amères.	45 —

Dyspnée des emphysémateux

Bromure de potassium.....	10 grammes
Eau de laurier-cerise......	10 —
Sirop d'éther..............	20 —
Hydrolat de Valériane.....	120 —

2 à 3 cuillerées à soupe par jour

(Albert ROBIN).

Traitement interne contre diverses affections oculaires

D'après M. Darier, on obtient des effets très heureux dans le traitement des infections oculaires traumatiques ou post opératoires, des ulcères cornéens, de l'iritis, en prescrivant l'absorption par la voie buccale du sérum de Roux.

Celui-ci doit être présenté selon la formule suivante :

Sérum antidiphtérique...	20 cent. cubes
Sirop de citron ou de framboise..............	30 grammes
Eau distillée.............	150 —

A prendre par cuillerée à soupe toutes les heures.

Contre les douleurs de l'ulcère gastrique

Cocaïne.........	0 gr. 01
Sous nitrate de bismuth.........	0 gr. 15
Carbonate de chaux.............	0 gr. 50

(Pour un cachet). Un le matin et deux le soir avant le dîner.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : A. GEOFFROY.

ÉCHOS

La patente des médecins mobilisés.

Une délégation de la Société centrale et de l'Association générale des médecins de France s'est présentée à la direction des contributions directes au ministère des Finances pour exposer la situation des médecins mobilisés au point de vue de leurs patentes durant les exercices 1914 et 1915,

Il a été répondu à cette délégation :

« 1° Aucun dégrèvement n'est possible pour l'exercice 1914 ;

2° Les médecins mobilisés ayant leur résidence habituelle à Paris ne figurent pas sur le registre des patentes pour l'exercice 1915 et pour la période des hostilités seulement ;

3° Les médecins de province mobilisés pour lesquels le recensement est actuellement terminé, devront adresser au directeur des contributions directes du département une demande en décharge, qui sera dans tous les cas accueillie favorablement ».

Nous avons peine à croire que cette réponse soit définitive tant elle blesse les règles les plus élémentaires de l'équité.

Le ministre des Finances est à la fois trop bon comptable et trop bon patriote pour ne pas comprendre que l'État ne peut légitimement demander à des médecins ayant abandonné leur clientèle pour aller au feu, de payer un impôt dont l'objet ne saurait se concilier sans l'existence de cette dite clientèle.

Celle-ci étant retirée, l'impôt doit l'être également « Donner et retenir ne vaut » dit justement un vieux brocard de basoche.

L'avion du sénateur Reymond.

Un décret du Président de la République vient d'autoriser le ministre de la guerre à accepter, au nom de l'Etat, le don d'un aéroplane offert à l'aviation par Mme Vve Reymond.

Cet aéroplane offert à l'armée par Mme Reymond est celui avec lequel le docteur Reymond se préparait, dès le temps de paix, à accomplir les dangereuses missions qu'il n'avait cessé de rechercher depuis le début des hostilités.

Pour correspondre avec nos soldats prisonniers.

Depuis le début des hostilités, il s'est créé à Genève, grâce à l'initiative de M. Jacques Chenevière, et sous les auspices de la Croix-Rouge, une agence internationale des prisonniers de guerre.

Cette agence, qui occupe aujourd'hui plus de 550 travailleurs volontaires et qui rend les plus signalés services aux familles en peine d'avoir des nouvelles de leurs proches disparus ou faits prisonniers, voit ses services s'étendre de jour en jour.

Déjà, elle possède plus de 200.000 fiches et leur nombre s'accroît sans cesse.

L'agence reçoit en moyenne 15.000 lettres par jour et environ 500 télégrammes ; elle répond chaque semaine à plus de 25.000 demandes et classe quotidiennement environ 10.000 fiches.

Le temps nécessaire pour obtenir un renseignement est au minimum de six semaines.

Maison austro-allemande mises sous séquestres.

Des séquestres ont été désignés pour les maisons de commerce allemandes et austro-hongroises dont les noms suivent :

Lakya, produits pharmaceutiques, à Paris.

Muller, tubes pour rayons X, rue Turbigo, 53, Paris.

Rohm et Haas, produits chimiques, à Lyon.

Kemn, pharmacie internationale, à Nice.

Zimmermann, pharmacie anglaise à Nice.

Stretz, bandagiste-orthopédiste, rue des Trois-Cailloux, à Amiens.

Remicke, produits pharmaceutiques, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, à Paris.

Compagnie Parisienne des Couleurs d'aniline, à Creil.

Bayer et Cie, produits chimiques et pharmaceutiques, 5, cité Paradis, à Paris.

Merck (de Darmstadt), usine de fabrication des produits chimiques de Montereau.

Assenheim et Steig, articles de laboratoire et de pharmacie, 11 et 11 *bis*, rue du Perche, à Paris.

Deutsch Thermophor Aktien Geselschaft, instruments de chirurgie, 113, boulevard Haussmann, à Paris.

Société Lœvenstein et Cie, fabrication d'extrait tanique à Casamozza (Corse) et à Alais (Gard).

Jean Knappert, pharmacien, 63, rue Damrémont, à Paris.

Logeman Hans, produits chimiques, 201, rue de Charenton, à Paris.

Société d'Aluminium et de Produits chimiques, 35, rue de Ponthieu, à Paris.

Société des Fabriques réunies des Produits chimiques de l'Eure, représentée par Lœventhal, 84, quai de Jemmapes, à Paris.

Médecins, prisonniers de guerre.

Après un mois et demi de captivité à Crefeld am Rhein, *les médecins :* Béra, Blommé, Couvreur, Duisieux, Deberdt, Dayras, Dubuisson, Desbonnet, Decroix, Delbreil, Faidherbe, Frère, Gautier, Carrot, Garsen, Gensollen, Gallas, Georges, Klein, Lafargue, Larroque, Leclerc, Lefèvre, Lauthier, Leduc, Leclerc (Jules), Metzger, Petit-Paul, Planque, Piot, Trouillet, médecin major de 1re classe, chef de service au 11e territorial ; Vanderbuscbe, Vanderbooktael, Valette, Vandermorel, Voduriez ; les *pharmaciens :* Eliet, Gruyelle, Gourdain, Molenard, Neau et Dubois, officier d'administration, sont rentrés en France.

La mortalité au feu des médecins militaires allemands.

Le journal médical anglais *The Lancet* a publié, dans son dernier numéro, la première liste, au 15 octobre, des médecins militaires allemands mis hors de combat depuis le début de la guerre. Cette liste est d'autant plus significative qu'elle établit une comparaison avec les pertes subies par les médecins militaires pendant toute la durée de la guerre de 1870. Voici les chiffres :

	1re liste des pertes en 1914	Total des pertes en 1870-71
Tués	74	9
Blessés	37	2
Disparus	13	0
Prisonniers	3	0
Morts par maladie	8	55
Total	135	66

Le corps médical de l'Autriche a eu, jusqu'à présent, 8 tués, 25 blessés, 1 disparu ; 22 sont hospitalisés pour diverses maladies.

Ces statistiques comportent deux conclusions :

1° Comme le nombre des médecins mis hors de combat est proportionnel à celui des tués, blessés et disparus de l'armée tout entière, il résulte que les pertes de l'armée allemande, en deux mois et demi de campagne, dépassent déjà de plus du double celles de la guerre de 1870-71, qui a duré six mois ;

2° Les médecins militaires sont beaucoup plus exposés qu'on ne le croit généralement, puisque si l'on défalque de leur nombre total ceux qui demeurent dans des hôpitaux d'arrière et dans les hôpitaux régionaux, la proportion de ceux atteints sur le front, en portant secours aux blessés, s'élève à plus de 6 pour 100 de l'effectif médical, en ce qui concerne l'armée allemande.

Héroïsme français.

Le Bureau de la Presse de Londres communique le compte rendu des combats livrés par l'armée britannique les 13, 14 et 15 novembre, et il ajoute des détails sur la conduite héroïque d'un médecin militaire français.

Ce médecin soignait, depuis le 5 novembre, cinquante-quatre blessés allemands à l'hôpital civil d'Ypres.

Du 5 au 9 novembre, six obus allemands, dont un incendiaire, tombèrent sur l'hôpital ; le pain allait manquer, les infirmiers volontaires partageaient le leur avec les Allemands.

Quelqu'un ayant fait remarquer que, puisque les Allemands bombardaient de propos délibéré l'hôpital, qu'ils savaient renfermer leurs propres compatriotes, il n'y avait pas de raison pour que les Français continuassent à s'occuper du sort de ceux-ci, le médecin français répondit :

La supériorité française consiste précisément à montrer à cette race de vandales que nous possédons des sentiments d'humanité dont ils sont dépourvus. Il faut le faire, parce que l'exemple est la seule loi des nations.

Si nous imitions les Allemands, cet état de choses se perpétuerait et nous descendrions à leur niveau, alors que la mission de la France est de les élever au nôtre.

Tant que je resterai ici, avec votre permission, je continuerai à soigner ces blessés allemands ; je leur montrerai qu'un médecin français se moque de leurs obus et ne connaît que son devoir.

Le même médecin écrit, le 10 novembre :

Deux sœurs infirmières me reviennent de Poperinghe, tout en larmes, poussées par le remords d'avoir abandonné leurs malades. Je continue à panser les blessés. Deux viennent de succomber. Ils ne sont plus que cinquante-deux, mais dont un état grave, avec des blessures suppurantes. L'un est atteint du tétanos. Tous, à l'exception d'un seul, sont alités.

Telle fut la dernière lettre du médecin français, bien qu'il soit resté avec les religieuses dans cet enfer trois jours de plus. Il fut tué par un obus le 13 ou le 14 ; les religieuses restèrent seules au milieu des blessés survivants, à l'hôpital d'Ypres.

Le Bureau de la Presse ajoute :

« Ce Français était mort à son poste, en soignant l'ennemi souffrant et les blessés. Son dévouement n'a pas été vain, car, dans la soirée du 14, les blessés allemands pour lesquels il avait sacrifié sa vie purent être transportés en lieu sûr ».

Avis aux médecins.

Le Docteur J. Rivière met, à titre gracieux, à la disposition de ses confrères des Hôpitaux et Ambulances, ses services complets d'Electrothérapie, de Thermothérapie, de Mécanothérapie (25, rue des Mathurins, Paris), pour suites de blessures à l'armée.

École d'ambulancières.

La 6e série des cours et conférences pratiques de l'Ecole française d'ambulancières et d'infirmières fondée le 1er août 1914, sous la direction du Dr Berillon et dont le siège social est installé à l'École de psychologie, 49, rue St-André des Arts, à Paris, va commencer prochainement.

Pour s'inscrire, s'adresser à l'Ecole de psychologie les mardis, jeudis et samedis, de 10 à 11 heures.

La Gazette sur le Front.

La Gazette Médicale de Paris est envoyée pendant la guerre à toutes les ambulances et à tous les majors-chefs de service. Le service en sera fait en outre à tous les majors qui le demanderont et nous donneront leurs adresses. Nous avons soin d'envoyer nos numéros par petits paquets chaque jour et nos confrères n'ont pas à craindre que ni *La Gazette*, ni l'Urodonal ou le Pagéol qui leur ont envoyé quelques brochures ou échantillons sur demande, en combrent jamais les services postaux. Ces envois sont judicieusement répartis entre les différentes régions. Qu'ils songent en outre que le Bureau militaire de Paris expédie chaque jour sur le front *trois millions* de lettres ou colis. Ce ne sont pas quelques exemplaires de *La Gazette*, qui pourraient causer de l'engorgement postal.

BIBLIOGRAPHIE

Les Caractères médicaux dans l'Ecriture chinoise, par le Dr Lucien-Graux. — *Un volume in-8° ; prix 4 francs. — A Maloine, éditeur. 25 et 27, rue de l'École de Médecine, PARIS.*

Ce fort curieux ouvrage a le mérite plutôt rare de nous initier à des connaissances inédites pour nous jusqu'à ce jour, et suffisamment élucidées, néanmoins, pour que nous puissions en déchiffrer la clé première, en nous familiarisant du même coup avec ce génie graphique des Chinois qui intervient dans le moindre caractère tracé par leur pinceau.

Le livre du Dr Lucien-Graux jette une clarté aussi vive que nouvelle sur tout un domaine de pensées où les médecins de l'Europe seront heureux de pénétrer, sans tâtonner, pour marcher de surprises en stupeurs, d'étonnements en émerveillements, sur les traces d'un auteur qui ne s'inquiète d'aucun obstacle, sait pénétrer toutes les obscurités et déchiffrer tous les secrets d'une langue élaborée par d'innombrables générations de scribes, fantaisistes, arbitraires, amateurs ou philosophes profonds.

Les *Caractères médicaux dans l'Ecriture chinoise* instruisent assurément, mais ils amusent davantage encore. Ingénieux et artistiques, ils subordonnent la désignation de toutes les maladies, par les moyens de l'écriture, à l'utilisation fondamentale d'un radical commun. A côté de ce radical, viennent se ranger tour à tour des éléments descriptifs qui qualifient, expliquent, mettent, pour ainsi dire, en image, le mal, l'affection qu'il s'agit de désigner. Parler dans la stricte mesure d'un articulet bibliographique, de cette algèbre charmante et pittoresque, de ce jeu de dessins souples et étonnamment inventés par le peuple le plus imaginatif de la terre, c'est là une besogne où, fatalement, le chroniqueur doit échouer. Pour donner idée de cette fabrication de signes parlants, il faudrait être un peu Chinois soi-même, ou pour le moins peintre et graveur, poète et conteur, calligraphe et liseur de rébus. Le péril est tel que nous ne nous y exposerons pas ici. Il nous suffira de dire que rarement nous avons rencontré, sous les apparences d'un volume qui, de prime abord, peut paraître rébarbatif, plus d'agrément dans l'analyse, plus d'imprévu dans le curieux et le cocasse, plus de chatoyant dans le contour spirituel de devinettes qui semblent, en la plupart des cas, infiniment supérieures en sagacité à toutes les énigmes que donnait à deviner, à notre pitoyable Œdipe, le Sphinx fléau des campagnes thébaines.

A lire ces pages alertes, dont chacune réserve à qui les consulte l'occasion d'un sourire d'admiration ou d'une exclamation de surprise — que l'on nous permette de mentionner à nouveau ce sentiment d'étonnement qui se dégage d'un si curieux recueil — on voit se lever vers l'Orient le lourd rideau de mystère qui nous en sépare. L'Asie au cerveau ambigu se rapproche de l'ouest épris de certitude et de froide vérité, et le contact sympathique s'établit sur le thème de ces misères communes aux hommes jaunes comme aux hommes blancs, et près du lit des malades qui là-bas comme chez nous connaissent les mêmes douleurs, les mêmes infirmités, les mêmes moyens, hélas, de mourir. Mais cette fois, et à l'encontre du langage, âprement hérissé de grec et de latin qu'adoptèrent nos thérapeutes pour identifier nos maladies, la médecine chinoise apparaît sous les dehors de cette écriture quasi-dansante, humoristique : et la jaunisse fait rire par le dessin qu'elle affecte sous les pinceaux des Célestes, et la calvitie y est suprêmement comique, et la diarrhée, et l'obésité, et la gale, et le choléra n'y sont plus, semble-t-il, que des traits d'esprit.

Les médecins liront les *Caractères médicaux dans l'Ecriture chinoise*. Les intellectuels ne liront pas moins cet ouvrage, si neuf et qu'on peut dire sans précédent parmi nous.

Au résumé, voilà une véritable curiosité bibliographique, digne en tous points de l'intérêt du grand public et, par suite, du plus légitime succès.

86e Année (Série XIVe) — N° 263 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 10 Février 1915

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 191
Vice-Prés. de cl Expos. Gand 19 3

Ancienne *Gazette de Santé*
(142e Année)

Sommaire du Numéro du 10 Février 1915

ÉCHOS

Un grand nombre de médecins et d'étudiants en médecine qui se prépar nt à partir voudraient avoir le précieux *Aide-mémoire du médecin de réserve au jour de la mobilisation* publié il y a un an par le Pagéol.

Nous avons pu nous procurer quelques centaines d'exemplaires de cette brochure utile au premier chef. Nous les enverrous à titre gratuit à tout ceux qui nous feront parvenir leur adresse (bien spécifier la demande), bureaux de la *Gazette*, 9, rue Denis-Poisson, Paris 17e.

A la Société de chirurgie.

A l'ouverture de la séance solennelle de la Société de chirurgie, le professeur Tuffier a donné la statistique des memhres du corps médical qui ont succombé sur les champs de hataille :

« A la fin de décemhre, a-t-il dit, sur nos 14.000 médecins militaires, 6.500 sont aux armées, 793 sont tués, hlessés ou disparus (93 ont été tués, dont 80 sur le champ de hataille et 13 des suites de leurs hlessures, 260 blessés, 440 disparus), 507 out été évacués, malades, soit exactement 1.300 hors de comhat. A tous les grades, même courage. 14 officiers supérieurs, 50 officiers, 35 auxiliaires ont succombé. Il u'est pas jusqu'au record des blessures qui ne soit réservé au service de santé : le médecin-major de 1re classe Declerc, encore en traitement, était relevé, prés de Méziéres, avec 97 hlessures par shrapnells.

Telles sont les offrandes du corps médical á la lihération de la patrie. Le commandemeut a sanctionné son courage, son abuégation : 155 citations á l'ordre du jour de l'armée, où nous relevous les noms de nos collégues et membres de cette société : Cunéo, Ombredanne, Launay, Rouvillois, Pauchet et celui de Proust, notre collègue de demain. Chez tous, nos commandants ne savent quel est le plus digne d'éloge de leur courage, de leur endurance ou de leur habileté. Dans la Légion d'honneur, 15 rosettes d'officiers, 63 croix de chevaliers, et marque plus haute eucore de l'estime des chefs, 11 médailles militaires, toutes données aux plus humbles, qui sont aussi les plus vaillants : les médecins auxiliaires et les élèves du service de santé de l'armée. C'est lá une helle page d'Histoire que la médecine française aux armées vient d'ajouter à son livre d'or. »

Le professieur Tuffier a eusuite rappelé avec indignation les atrocités des Allemands contre le corps médical :

« En 1870, ils assassinent et volent les croix ; qu'y a-t-il de changé après 44 ans de prétendue culture intensive ? Un raffinement dans le mal. J'ai vu et entendu, sur le front, nos confréres qui, temporairement aux mains des médecins allemands, furent dépouillés non seulemeut de leur cantine et de leurs instruments de chirurgie, mais de leur manteau et de leur croix. On leur enleva tout, jusqu'à leurs éperons. Ce hesoin de pillage u'a pas changé. Est-ce que Tacite n'écrivait pas, en stigmatisant chaque race : « *Gallus pro gloria, Germani pro preda ?* » Mais il y a plus : l'assassinat de Deguise, vous allez le retrouver, avec autant de hrutalité et peut-être plus de sang-froid et de méthode. Laissez-moi vous en dire deux exemples figurant dans les dossiers officiels de la guerre ».

Et il dit comment un officier allemand, à Mercy-le-Haut, le 22 août, a volé et tenté d'assassiner (deux balles dans la tête) un médecin auxiliaire, interne des hôpitaux ; comment une patrouille d'infanterie poméranienne a assassiné 40 hlessés :

« Une patrouille du 7e régiment d'infanterie poméranienne, survenant, fait sortir de deux hangars une quarantaine de hlessés susceptibles de marcher et les fnsille á mesure sur la route ; ceux qui rampeut encore sont achevés d'un nouveau coup de feu. Puis, sans aucun motif, la fureur des assassins se tourne contre les médecins occupés á donner leurs soins à des malheureux hlessés réunis dans une autre maison : ils sont fusillés à hout portant. Lá périssent, en même temps qu'un lieutenant-interpréte hlessé, l'aide-major Y..., le médecin auxiliaire Z.... L'aide-major X... est frappé de quatre halles et laissé pour mort. Relevé le lendemain, il fut évacué sur l'Allemagne, où il est encore retenu prisonnier...

A cinq minutes du même village, au château de G..., le médecin principal de 1re classe S..., grièvement hlessé la veille, est arraché du poste de secours où il a trouvé asile. Après qu'uue décharge générale eut porté l'effroi parmi les hlessés qui l'entouraient, il est jeté tout sanglant sur une civière et emmené comme otage au village de G..., oú il voit des équipes incendiaires livrer ce village aux flammes. Il trouve heureusement sur son passage un officier allemand qui, reconnaissant sa qualité, le fait ramener au château de G... C'est là qu'il apprend que huit infirmiers français vieunent d'être collés au mur du cimetiere et fusillés ; deux d'eutre eux, échappés providentiellement aux halles des assassins, lui font le récit du drame. »

Et le président a conclu parmi l'indignation de tous :

« L'âme trop élevée pour user de représailles, conservons le vivaut souvenir de ces faits : que leur triste lueur nous éclaire, qu'il guide notre conduite et éléve nos cœurs ! »

Soins intimes

N'oubliez pas que la femme doit prendre matin et soir son injection de gyraldose. Aucun autre produit ne peut remplacer cette excellente poudre, d'une formule très heureuse, microbicide, décougestionnante, lénitive et cicatrisante. D'un emploi trés économique, d'odeur trés agréable, elle ne tache pas le linge et assure un bien être réel à celles qui s'en servent.

C'est un axiome aujourd'hui que « seule » la « gyraldosée » est une femme vraiment saine et propre. »

Beaucoup de femmes de médecins l'ont d'ores et déjá adoptée pour leur usage personnel. Un échantillon sera envoyé à toutes celles qui ne l'ont pas encore essayée et des prix spéciaux leur seront appliqués.

Les Médicaments importés d'Allemagne

Ces jours passés, à l'Académie de Médecine, M. le professeur Robin faisait une communication des plus intéressantes « à propos des médicaments importés d'Allemagne en France ».

Les Allemands, disait-il en substance, ont eu le talent de prendre un certain nombre de médicaments les plus usuels, de leur donner des noms de fantaisie et de les imposer, sous cette dénomination nouvelle, à notre attention. Or, d'une part, beaucoup de ces médicaments ont été découverts en France. D'autre part, il n'y a pas seulement une question de priorité et de concurrence ; le mal se double d'une augmentation formidable du prix de ces produits que nous payons couramment, sous leur nom allemand, dix fois au moins leur valeur. C'est un tribut annuel de plusieurs millions que nous payons bénévolement à l'Allemagne pour des médicaments dont la plupart sortent de nos laboratoires, et cependant on ne peut attacher aucune valeur légale aux marques commerciales qui les caractérisent. L'heure apparaît propice à se débarrasser de cet impôt inacceptable. Il faut que médecins et pharmaciens français renoncent à la prescription et à la délivrance de ces produits. C'est un devoir absolu qui s'impose à eux.

Cette communication de l'éminent professeur, la chose ne fait point doute, répond à une très juste préoccupation de l'heure présente.

De divers côtés, du reste, médecins et pharmaciens ont déjà commencé à s'en préoccuper et à rechercher les moyens d'apporter remède à une situation qui cause à notre pays un si grand préjudice.

C'est ainsi, en particulier, que voici déjà plusieurs semaines le Syndicat des pharmaciens de la Gironde, que le Syndicat des médecins de la Loire ont entrepris une campagne de boycottage contre les produits allemands et ont, dans ce but, fait placarder des affiches indiquant les principaux produits d'origine allemande qu'il importe de remplacer par des produits français préparés dans nos laboratoires. C'est ainsi encore que le groupement des pharmaciens de Rouen et de la région rouennaise a invité tous les pharmaciens de France à se refuser désormais à vendre les spécialités et les eaux minérales allemandes et austro-hongroises, et que, plus récemment, le président du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Beaune et vice-président de l'Union syndicale des médecins de la Côte-d'Or, après avoir adressé à tous les membres de son syndicat une circulaire les invitant à ne jamais recommander les produits médico-pharmaceutiques et alimentaires austro-allemands, faisait tenir à M. Fréjacques, président du syndicat des pharmaciens de la Côte-d'Or, la lettre suivante :

Monsieur et cher Président,

C'est au patriotisme des membres du syndicat des pharmaciens de la Côte-d'Or, syndicat qui compte dans son sein tant d'hommes de science et de valeur, que je viens faire appel.

Il résulte des lettres reçues en réponse à ma lettre-circulaire contre la vente des produits pharmaceutiques et alimentaires Austro-Allemands et leur prescription par les médecins, que ceux-ci auraient, dans notre région, l'intention de boycotter tous ces produits.

Mais il est un point délicat pour nous. Quels sont les produits dont nous ont inondés les Allemands ? Sous quelles étiquettes ces produits ont été introduits en France ? Quelles sont les usines productrices et leurs centres de dépôt ?

La plupart de nous ignorons tout cela. Les pharmaciens ne pourraient-ils pas nous aider dans ce boycottage légitime en dressant une nomenclature de tous les produits Français et en y adjoignant parallèlement une nomenclature des produits Austro-Hongrois-Allemands, y compris les eaux minérales.

Cette liste établie par des hommes compétents et rendue publique par la voie de la presse permettrait aux médecins et aux pharmaciens un boycottage d'autant plus effectif que le public prévenu saurait à quoi s'en tenir et n'oserait plus demander des produits qu'il serait sûr de se voir refuser.

Si, pour dresser cette nomenclature notre collaboration vous était utile, soyez assuré que les médecins répondront à votre appel.

Veuillez agréer, Monsieur et cher président, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Octave Sirot.

Comme il fallait s'y attendre, les pharmaciens de la Côte-d'Or, d'accord en cela avec tous leurs confrères de France, se sont empressés d'applaudir à ce langage. Nous en trouvons la preuve dans la réponse, qui nous est communiquée du Président du Syndicat des Pharmaciens de la Côte-d'Or au Dr Sirot :

Monsieur et cher Président,

Votre lettre a été lue avec satisfaction par tous les Pharmaciens. Ils sont heureux du concours que leur apporte le corps médical dans la lutte qu'ils ont entreprise bien avant la guerre contre les produits austro-allemands.

Depuis longtemps nous avions constaté l'envahissement lent et méthodique des maisons allemandes qui avaient réussi à imposer leurs marques, par une réclame habile, au public comme aux médecins. Elles étaient arrivées à persuader qu'il n'y a de bon et d'efficace que l'Aspirine, le Véronal, l'Héroïne, etc., etc., sortant de leurs usines, comme si, dans la patrie des inventeurs de l'Iode, de la Quinine, de la Morphine et de tant d'autres médicaments qui guérissent, nous n'avions pas d'aussi bons chimistes que ceux de la Teutonie ! !

Grâce à leur organisation puissante les Allemands avaient accaparé une grande partie du Commerce des produits chimiques, soit par l'importation soit en *ruinant* ou en *achetant* les maisons françaises qui les gênaient.

De tous côtés nos syndicats signalaient ce danger ; aussi l'Association générale des Pharmaciens de France, dans son assemblée générale du 10 juin 1913 à Marseille, a-t-elle consacré une longue séance aux mesures à prendre contre les produits allemands. A l'unanimité, il fut décidé que les pharmaciens boycotteraient la drogue envahissante et soutiendraient les fabricants français en leur donnant la préférence pour leurs achats. Le résultat ne s'est pas fait attendre ; certaines grosses maisons françaises, soutenues par notre résistance, n'ont pas hésité à entrer dans la lutte et déjà tous les jours, elles regagnent du terrain perdu.

Vous me demandez, mon cher Président, d'établir une liste de tous les noms de produits déposés par les maisons allemandes comme marques de fabriques s'appliquant à des produits chimiques ou à des spécialités. Ils sont tellement nombreux (*plus d'un millier*), dont la plupart n'ont eu heureusement qu'une vogue éphémère) que je ne puis que vous indiquer les plus répandus parmi ceux pour lesquels *aucun doute n'existe :* « Adaline, Agurine, Aristol, Aspirine, Collargol, Coryfine, Dermatol, Dionine, Diurétine, Gonosan, Helmitol, Héroïne, Hétol, Ichtyol, Iodypine, Iothon, Lycétol, Marétine, Méluhrine, Néo-Salvarsan, Novocaïne, Orthoforme, Perhydrol, Phénacétine, Protargol, Salipyrine, Salophène, Salvarsan ou 606, Sidonal, Somatose, Spirosale, Sulfonal, Tannigène, Trigémine, Trional, Urotropine, Valictol, Véronal. »

Est-ce à dire qu'il faille renoncer à ces médicaments dont beaucoup sont tout à fait recommandables ? Assurément non ! Les médecins n'auront qu'à ordonner les marques françaises au lieu de marques allemandes, car nos chimistes fabriquent tous ces produits *aussi bien, sinon mieux, en tous cas avec infiniment plus de conscience*. Comme tous ces médicaments ont un nom chimique très complexe, on peut leur conserver pour plus de commodité les noms de fantaisie qu'ils portent actuellement et sous lesquels ils sont connus ; et, le médecin les fera suivre des mots « produits français » par abréviation : p. fr. Les malades, et notre pays y trouveront tous deux leur compte.

Les eaux minérales austro-allemandes sont peu nombreuses : quelques-unes cependant très répandues : Hunyadi-Janos, Sedlitz, Pullna, Carlsbad, Ems, Marienbad, Hombourg, Appollinaris, Kissingen.

Ces eaux trouveront très facilement des remplaçantes parmi les eaux françaises, anglaises ou espagnoles. Vous voyez, mon cher Président, que médecins et pharmaciens sont d'accord pour la lutte à entreprendre ; vous voyez que depuis un an et demi nous avions préparé les voies. *C'est aux médecins* qu'il appartient à présent d'agir en rétablissant le médicament français à la place d'honneur qu'il mérite et qu'il n'aurait jamais dû perdre.

Veuillez, Monsieur le Président, agréer l'assurance de mes sentiments les plus dévoués.

Fréjacques,
Président du Syndicat des Pharmaciens de la Côte-d'Or.

On le voit, de par ces documents, l'initiative que M. le professeur Albert Robin vient de prendre à l'Académie de Médecine répond à un sentiment unanime.

Aussi, grâce à elle, le mouvement déjà si heureusement commencé pour assurer le boycottage des produits médico-pharmaceutiques et des eaux minérales austro-allemandes ne va-t-il pas tarder à s'étendre par toute la France, pour le plus grand bénéfice du pays tout entier.

CORRESPONDANCE

Notre excellent confrère, M. le docteur J. Laborderie (de Sarlat), nous adresse la très intéressante lettre suivante :

Monsieur le rédacteur de la *Gazette médicale* et cher confrère,

Je viens de recevoir votre intéressant journal dans lequel vous invitez les confrères à « vous exposer les faits susceptibles de modifier utilement l'organisation actuelle et ce qu'ils considèrent dans le service de santé comme des erreurs, des lacunes ou des imperfections »

Je me permets donc de vous soumettre une idée qui mériterait peut-être une étude.

Je sais avec quel dévouement sont soignés les blessés qui reviennent du front, mais dans les hôpitaux de territoire déjà très encombrés on ne peut tout faire et dès que les plaies sont cicatrisées, ces blessés sont envoyés dans les dépôts de convalescents ou dans les dépôts de régiment ou en convalescence chez eux.

Or, beaucoup de blessés présentent des lésions plus ou moins sérieuses qui mériteraient un traitement spécial; je veux parler des lésions nerveuses : traumatismes des troncs nerveux des membres, névrites, paralysie, etc..

L'électricité, scientifiquement appliquée, me paraît apporter un soulagement et même une guérison à ces malheureux, qui, abandonnés à leur triste sort, sont voués à rester infirmes

Il y a, à Sarlat, petit chef-lieu d'arrondissement, le dépôt d'un régiment du Nord. Ce dépôt a reçu un nombre respectable de blessés renvoyés des hôpitaux temporaires comme guéris et convalescents.

Le médecin-major, chef de service de ce dépôt, a bien voulu m'adresser quelques malades atteints de paralysie et névrite des nerfs du membre supérieur de parésie des muscles, etc.

Après une vingtaine de séances d'électrisation, j'ai obtenu quelques résultats *inespérés* que j'espère pouvoir publier quand le moment sera venu Et voilà des jeunes gens, qui ne pouvant se servir de leurs membres, ont recouvré, grâce à l'électricité, des fonctions qu'ils n'auraient jamais recouvrées

Et alors je me demande s'il n'y aurait pas intérêt à généraliser à installer des dépôts de convalescents spécialisés où seraient envoyés uniquement les malades ayant besoin d'électrisation

J'ajouterai à ce service, comme je l'ai fait ici, dans mon modeste cabinet de médecin électricien, un appareil de mécanothérapie très simple, que j'ai inventé, que j'ai fait construire, appareil universel permettant de traiter toutes les raideurs, toutes les ankyloses de *toutes* les articulations

Je vous soumets mon idée

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentimets bien dévoués. Dr J Laborderie

De la nécessité de l'examen radiologique

EN CHIRURGIE DE GUERRE

Par M. le Dr BAZY

Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie de Médecine.

Il n'est pas inutile, je crois, d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité, qui ne paraît pas reconnue par tous, sur la nécessité, sur l'indispensabilité, dirais-je, si ce mot était entré dans le langage courant, d'un examen radiologique en chirurgie de guerre, et par là j'entends les examens radioscopiques et la radiographie.

J'étais à l'avance tellement convaincu de la nécessité d'une bonne installation radiologique que lorsque les Sociétés de courses parisiennes décidèrent la fondation d'un hôpital pour blessés, notre première préoccupation, au Dr Marquézy et à moi, fut d'installer un service radiologique aussi complet que possible.

Le prince Murat, président de la Société des Steeple-Chases, et M. A. du Bos, commissaire de la Société des Steeple-Chases, qui ont donné tous leurs soins à la formation de l'hôpital, comprirent immédiatement toute l'importance de notre demande et nous donnèrent carte blanche pour cette installation, qui fut confiée au Dr Desternes, radiographe de l'hôpital Beaujon.

C'est une vérité banale de dire que l'examen radiologique est utile, « au diagnostic, au pronostic et au traitement ».

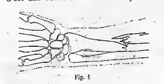


Fig. 1

Il est utile au diagnostic, non pas seulement des corps étrangers ; mais aussi des lésions osseuses qu'on ne soupçonne pas.

Voici trois fractures : une concerne un tirailleur indigène qui reçoit une balle dans l'avant-bras (fig. 1). La blessure paraît insignifiante et on lui dit qu'il en aura pour quinze jours de repos ; or, il a une belle fracture du radius avec éclatement de l'os (fig. 1).

Fig. 2
a) Orifice d'entrée de la balle.

Voici deux fractures de l'extrémité inférieure du fémur par balles. Elles sont toutes deux articulaires. Les balles n'ont pas, en apparence, pu toucher l'os, puisque la trajectoire menée de l'orifice d'entrée au point où elles siègent ne passe pas le fémur et il n'y a pas de mobilité anormale (fig. 2 et 3).

Or, la radiographie nous montre l'existence de ces fractures. Le pronostic de la blessure va en être d'autant aggravé.

L'utilité de la radiographie n'est pas moins démontrée pour l'établissement du siège précis des corps étrangers.

Si quelques corps étrangers peuvent être laissés plus ou moins longtemps dans les tissus, d'autres doivent être immédiatement enlevés ; tels sont, par exemple, les corps étrangers du canal rachidien.

S'il en est dont le siège doive être nettement établi, c'est bien ceux qui sont dans le canal rachidien et qui compriment la moelle.

Fig. 3
La fracture est bien indiquée dans la partie inférieure du fémur, mais est moins visible dans la partie spongieuse de l'extrémité inférieure.
a) Orifice d'entrée de la balle.

Voici une radiographie où le siège nettement établi d'un éclat d'obus a permis une opération très restreinte et très peu mutilante (fig. 4).

Voici encore des radiographies où le siège précis des corps étrangers n'a pu être démontré que par l'examen aux rayons X.

C'est celle du sergent Le.. (voir fig. 3 ci-contre).

C'est celle du capitaine Fa...., où on voyait bien un orifice d'entrée. On ne voyait pas d'orifice de sortie. Où était la balle ? Toute la partie inférieure de l'avant-bras et le poignet étaient le siège d'un œdème dur et un peu douloureux. La radiographie a montré où était le projectile.

Voici le cas du capitaine Fo... ; il reçoit un éclat d'obus à la partie antérieure du tiers supérieur de la cuisse. Pas d'orifice de sortie. L'exploration du trajet conduit le stylet dans la direction de l'épine iliaque antérieure et inférieure. Or, l'éclat d'obus était sur la face externe de la cuisse sur une ligne transversale passant par l'orifice d'entrée, d'où je l'ai extrait facilement (v. fig. 6).

Fig. 4

En voici une autre. L'orifice d'entrée est dans le triangle de Scarpa ; où est le projectile ? Il est au niveau et un peu en arrière du petit trochanter. C'est là où la radiographie l'avait montré que nous l'avons trouvé (voir fig. 7).

Fig. 5
c) Orifice d'entrée.

En voici un particulièrement intéressant. Un officier reçoit un projectile dans le dos au niveau de la VIIIe dorsale, environ à deux travers de doigt à gauche de la ligne médiane, pas d'orifice de sortie. Le projectile est d'abord bien supporté, mais bientôt il donne lieu à de la douleur dans la marche et à une sensation pénible, que le blessé compare à une espèce de boquet.

On fait la radiographie et le projectile qui est une balle de shrapnel est au niveau du cartilage qui sépare la IIIe de la IVe lombaire à deux bons travers de doigt de la ligne médiane et à 8 centimètres en avant du plan dorsal (voir fig. 8).

J'en conclus qu'il doit être dans le psoas. Après avoir fait repérer radioscopiquement la hauteur par quatre points déterminant le plan horizontal où se trouve la balle, je l'extrais par une incision analogue à celle que l'on emploie pour l'ablation des calculs de la partie supérieure de l'uretère. Elle était, en effet, dans le psoas, à deux travers de doigt environ au-dessous et en dedans de l'extrémité inférieure du rein gauche.

Fig. 6
a) Direction du trajet dans lequel s'enfonçait le stylet introduit par la plaie.
b) Orifice d'entrée.

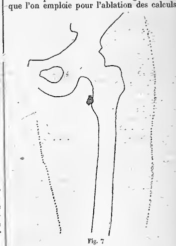


Fig. 7

Nous pourrions multiplier les exemples ; mais la radiographie nous donne d'autres renseignements.

Fig. 8

Voici un blessé qui a une paralysie vésicale et anale déterminée par un éclat d'obus qui a pénétré dans le canal rachidien. La plaie siège au niveau de la dernière vertèbre

lombaire, le trajet est direct, j'opère le blessé, j'extrais très rapidement un fragment d'obus assez volumineux. Sans la radiographie j'eusse été très satisfait ; mais la radiographie m'avait montré qu'il y avait un corps étranger beaucoup plus long et plus volumineux. J'insiste et je trouve incrusté dans la vertèbre l'éclat d'obus dont la forme correspond à l'ombre radiographique. Seule, la radiographie pouvait me démontrer l'existence de ces deux fragments dont les ombres se confondaient à peu près (voir fig. 9).

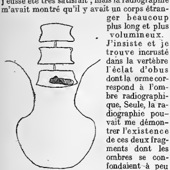


Fig. 9

Voici encore une radiographie montrant une balle de shrapnell dans le genou (voir fig. 10).

La radiographie ci-jointe se rapporte à un soldat qui avait reçu une balle au-dessus du genou. On avait fait dans un hôpital en arrière du front, une ponction de l'articulation du genou. L'épanchement s'était reproduit. Je fais faire deux radiographies : une de face, l'autre de profil ; l'une immédiatement après l'autre elles décèlent la présence d'une balle. Comme on le voit, dans l'une, la pointe est dirigée vers le bas ; dans l'autre, elle est dirigée vers le haut, la balle est donc dans l'articulation. Je fais une incision externe et je trouve la balle couchée, la pointe en haut, dans le cul de sac latéral externe (voir fig. 11 et 11 *bis*).

Fig. 10

En voici une se rapportant à un blessé chez lequel un chirurgien de province, très connu, s'est obstiné à ne pas vouloir reconnaître l'existence de corps étrangers : il ne l'a pas fait radiographier. Ce blessé s'est fait évacuer sur Paris pour consulter mon ami, le professeur de Lapersonne, parce qu'il a une cataracte traumatique.

Fig. 11

La radiographie a démontré au blessé, ainsi qu'à moi, la présence de deux éclats d'obus, situés à la partie supérieure de la jambe, l'un sous la peau, l'autre dans l'épaisseur de l'extrémité supérieure du tibia (voir fig. 12 et 12 *bis*) d'où je les ai extraits.

La radiographie nous montre les dégâts faits dans les os par les projectiles et nous y montre la présence de corps étrangers ; même quand il y a deux orifices, l'un d'entrée, l'autre de sortie (voir fig. 13 et 14).

Voici, enfin, deux éclats d'obus dans le poumon. La radiographie, dans un cas, nous a fait assister à l'évolution des phénomènes réactionnels que détermine la présence du corps étranger. Production d'abcès, réunion des deux corps étrangers, primitivement séparés, puis cicatrisation de cet abcès et tolérance du corps étranger (v. fig. 15 et 15 *bis*) et dans l'autre (voir fig. 16) l'absence de toute réaction.



Fig. 11 *bis*

En résumé, la nécessité d'une installation radiologique n'est plus à démontrer.

Elle est indispensable à toute intervention qu'elle provoque et qu'elle guide.

Il est indispensable d'avoir cette installation radiologique dans les hôpitaux de l'arrière comme ceux où nous opérons ; elle est non moins nécessaire dans les hôpitaux voisins du front pour l'ablation des projectiles.

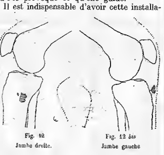


Fig. 12 Jambe droite. Fig. 12 *bis* Jambe gauche



Fig. 13

Fracture du fémur par balle qui s'est dissociée et fragmentée, la chemise en ferro-nickel trouvée entière et déformée à l'orifice de sortie où le blessé l'a retirée.

Celle-ci s'impose d'urgence, car bien des plaies ne peuvent être complètement désinfectées que si l'on joint aux incisions de débridement l'ablation des corps étrangers infectants ; or, la désinfection des plaies est une opération de la plus extrême urgence.

Donc *il faudrait que nos hôpitaux de l'avant fussent munis d'une installation radiologique.*

Pour les hôpitaux de l'arrière, cette étude, quoique sommaire et sommaire à dessein, nous fera conclure à la nécessité de n'envoyer des grands blessés ou des blessés complexes que dans les hôpitaux fixes, temporaires, complémentaires ou auxiliaires, munis d'une sérieuse installation radiologique.

Je ne veux pas insister ici sur l'utilisation des procédés préconisés pour la détermination du siége des corps étrangers : je les utilise tous. Je parle des plus simples, de ceux qui ne nécessitent pas d'appareils spéciaux.

Fig 14

Fracture des deux os de l'avant-bras par balle de shrapnel dont une moitié a été extraite à l'ambulance divisionnaire.

En utilisant bien ces procédés simples, en les combinant, nous sommes toujours arrivés au but.

Fig. 15

De l'emploi de l'aimant.

Dès le début de l'installation de notre hôpital, j'ai songé à utiliser l'aimant pour l'extraction des corps étrangers magnétiques. J'ai fait appel au concours éclairé et si autorisé de MM. Cotton, maître de conférences à

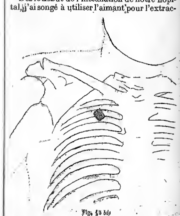
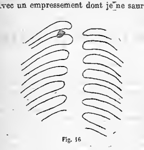


Fig. 15 *bis*

l'Ecole normale supérieure, et Pierre Weiss, professeur à l'Institut polytechnique de Zurich.

Avec un empressement dont je ne saurais


Fig. 16

trop les remercier, ils se sont mis à ma disposition et, après avoir fait appel à l'obligeance du directeur de l'Ecole Supérieure d'Electricité, ils ont installé un électro-aimant. Nous avons bientôt dû reconnaître que les résultats que nous en obtenions étaient inférieurs à ceux que nous donnaient radiographie et radioscopie combinées.


Fig. 17
Corps étranger juxta-articulaire du genou.

J'en ai retiré un sensible bénéfice pour un tout petit éclat d'obus situé dans les parties molles du genou : l'attraction vers la peau déterminée par l'aimant a permis de marquer à la teinture d'iode le point exact où il se trouvait et, par conséquent, de l'extraire facilement (voir fig. 17).

LES ARMÉES EN CAMPAGNE

ET LES

Typhus exanthématique et récurrent

MM. Charles Nicolle et E. Conseil (de Tunis) attirent l'attention sur la nécessité de protéger nos armées de deux maladies épidémiques graves, le typhus exanthématique et le typhus récurrent, transmises toutes deux par les poux et compagnes ordinaires des grandes guerres. Ces maladies sont habituelles dans les populations qui fournissent les contingents indigènes et dans certaines contrées des pays ennemis ; elles sont, par contre, en temps de paix, inconnues en France. D'où la nécessité d'une surveillance sévère des troupes indigènes avant leur embarquement et à leur arrivée en France ; les mêmes mesures s'imposent vis-à-vis des prisonniers.

On doit en même temps organiser une lutte systématique contre les poux qui trouvent dans la vie des tranchées et sur les populations misérenses des régions envahies les conditions les plus favorables à leur pullulation.

Si, malgré ces précautions, un cas d'une de ces maladies était reconnu, c'est encore du côté des parasites cutanés qu'il faudrait surtout agir afin d'en arrêter l'extension.

L'onction à l'huile camphrée pour les individus, la sulfuration ou la destruction des locaux, leur évacuation, sont les mesures les plus efficaces. Leur application a supprimé en quelques années le typhus de la ville de Tunis, où il sévissait auparavant chaque printemps.

LES RÉVEILS DU PALUDISME

C'est un fait bien connu que tout paludique guéri reste durant un temps souvent prolongé, soit pendant des mois et des mois, un malade en puissance.

Il ne souffre plus; les accès fébriles ont complètement disparu et, à ne s'en fier qu'aux apparences, il semble plus vigoureux que jamais.

L'hématozoaire, cependant, est toujours là et, à la première occasion, c'est-à-dire à la faveur d'une fatigue exceptionnelle, d'une cause dépressive quelconque, on le voit rentrer en scène, pulluler à nouveau dans le sang et déterminer les accès que l'on aurait pu supposer définitivement jugulés.

Tous les vieux coloniaux, du reste, sont habitués à ces rechutes dont ils ont fait à maintes reprises la pénible expérience.

Ne pouvant les éviter, ils prennent leur parti de les soigner et font entrer dans leurs prévisions d'existence l'éventualité des crises qu'ils savent devoir les menacer durant une période plus ou moins prolongée.

En temps ordinaire, au surplus, l'inconvénient est le plus souvent peu grave. Lorsque les accès se produisent, le malade se met au régime et, le traitement aidant, il recouvre d'ordinaire assez rapidement un état convenable de santé.

Aujourd'hui, par exemple, du fait de la guerre, les conditions sont fort différentes. Présentement, en effet, figurent à l'armée de nombreux soldats venant de pays coloniaux. Ce sont, en particulier, des troupes africaines et celles anglaises venues de l'Inde.

Or, parmi les hommes composant ces régiments, les paludiques sont naturellement nombreux.

Il en résulte que, présentement, sur le front, dans les tranchées, en raison des fatigues exceptionnelles qu'ils doivent endurer, les réveils de l'infection palustre sont des plus fréquents.

Il serait cependant aisé de prévenir ces retours offensifs du mal. La filudine, dont le Dr Combault qui fut chargé par le gouvernement français d'une mission en Perse en vue d'y étudier le paludisme, dont le Dr A. Legrand, médecin principal de la marine, ont étudié de façon toute particulière les heureux effets, en donne le moyen.

Constituée par une association heureuse des extraits hépatiques, biliaires et spléniques avec le thio-cinnamate de caféine ou thiarféine, la filudine réalise le traitement type du paludisme en dehors des crises. Tous ses éléments constituants, en effet, exercent sur l'organisme débilité par l'hématozoaire une action reconstituante des plus favorables.

Rien n'est plus aisé à établir ! Ne sait-on pas depuis déjà longtemps, grâce aux belles recherches des Drs Critzmann, Constley, Lemanski (de Tunis), que les extraits spléniques influencent très heureusement le paludisme et ne sait-on pas également que les extraits hépatiques et biliaires exercent sur les fonctions du foie, en particulier sur ses fonctions antitoxiques et biliaires, une action stimulante des plus marquées.

L'association de ces divers extraits au thiocinnamate de caféine, dont on connaît les propriétés stimulantes et antitoxiques, ne peut donc qu'activer leurs qualités propres et ainsi faire de la filudine, dont la toxicité est nulle, le remède par excellence à opposer au paludisme, qu'il s'agisse d'en prévenir les accès ou de combattre ceux-ci une fois déclarés.

Et c'est, du reste, ce qu'a excellemment constaté à diverses reprises le Pr Combault qui, dans une note présentée à l'Académie des Sciences, écrit expressément en parlant du traitement par la filudine : « Cette médication est donc des plus heureuses et son emploi doit être préconisé à titre *préventif* et à titre *curatif* en l'associant à la quinine », et qui conclut enfin un important mémoire renfermant plus de cent observations recueillies au cours de sa mission en Perse, par les lignes suivantes auxquelles l'on ne saurait rien ajouter : « La filudine satisfait à toutes les exigences d'un traitement aussi complexe.

» Sous son action, le foie diminue nettement de volume et les fonctions hépatiques, comme le prouvent les analyses multiples des fèces et des urines, redeviennent peu à peu normales. Les accès s'espacent, diminuent d'intensité et disparaissent. L'usage simultané de l'opothérapie hépato-splénique et de la thiarféine exerce une action indéniable sur l'organisme affaibli et infecté du paludéen, en mettant les viscères atteints en meilleur état de résistance et en luttant, d'une façon efficace, contre l'hématozoaire, tout en combattant l'anémie et en modifiant la nutrition défectueuse des tissus ».

Traitement de la Gangrène gazeuse aux Ambulances anglaises

L'AMPUTATION EN DEUX TEMPS

Le Dr Legros (*Presse médicale*, 21 janvier 1915) publie un procédé d'amputation sommaire mais facile, bénin, efficace, employé par le chirurgien Fitzmaurice-Kelly depuis le commencement de la guerre pour les fractures communitives graves et les fractures compliquées de gangrène gazeuse.

Avant de se décider à amputer, le chirurgien a recours aux larges incisions perpendiculaires à l'axe du membre qui drainent mieux que les incisions longitudinales. Les plaies opératoires ou accidentelles sont bourrées de gaze et imbibées d'eau salée chaude (à 5 0/0). Les compresses sont renouvelées trois fois par jour. L'eau salée par son action osmotique draine activement la lymphe septique.

Si la septicémie menace le blessé ou si l'aspect du membre montre que la conservation est impossible, il faut amputer. Les procédés classiques donnent 20 à 40 0/0 de mortalité. Souvent, la gangrène reprend dans les lambeaux. Delorme, dans son *Précis de chirurgie de guerre*, ne conseille pas l'amputation à lambeaux, mais l'amputation circulaire sans sutures.

Fitzmaurice-Kelly exagère encore la circulaire sans suture et pratique la section totale du membre en un plan. Il a donc adopté le procédé du « saucisson » de V. Pauchet et P. Sourdat. Legros fait remarquer que c'est la restauration de l'antique procédé que les Arabes employaient à l'aurore de la chirurgie ; procédé que les empiriques marocains et algériens emploient encore dans les zones inaccessibles aux chirurgiens.

Legros s'exprime ainsi : « Les résultats obtenus par ce procédé aussi élémentaire que rapide sont des plus surprenants. Puis, il expose les avantages du procédé :

1° Il *économise les membres* puisque l'amputation étant pratiquée immédiatement au-dessus du foyer infectieux on obtient une conservation maxima de leur longueur ;

2° Il permet l'amputation du membre dans des cas *absolument désespérés* ; ainsi dans les fractures comminutives de la cuisse très près de la racine du membre, ou quand la gangrène a atteint la limite de l'épaule ou du pli de l'aine; alors que tout autre mode d'amputation semble inapplicable ou même l'insuccès, ce procédé peut être tenté avec quelque chance de réussite ; l'amputation en tout cas est toujours moins grave que la désarticulation de l'épaule ou de la cuisse ;

3° *La rapidité de l'exécution* est un élément sérieux de succès, quelques minutes à peine suffisent. Il y a économie de chloroforme ; le choc opératoire est très atténué ;

4° *La surface d'injection et d'absorption* est réduite à son minimnm ;

5° *L'opération est à la portée de tout le monde* et peut être pratiquée par le premier médecin venn, ce qui est précieux dans les formations sanitaires dépourvues de chirurgiens de carrière ;

6° *Quand il y a des plaies multiples* infectées sur une grande longueur du membre et qu'il n'est pas possible de trouver à proximité des tissus sains pour faire des lambeaux.

LEGROS ajoute : *La seule objection* que l'on puisse faire à la méthode est la nécessité de soumettre plus tard les blessés à une seconde intervention afin de régulariser le moignon quand tout danger d'infection aura depuis longtemps disparu. Mais l'inconvénient d'une seconde opération sera compensé par sa simplicité et sa bénignité.

« *Le vieux procédé barbare avait du bon, puisqu'il est des cas très nombreux en ce moment où il constitue le* VÉRITABLE PROCÉDÉ DE CHOIX ». (Legros.)

Avantages de l'Anesthésie regionale

Par le Docteur JULES LABOURÉ (d'Amiens)
Médecin aide-major de première classe

L'anesthésie régionale, comme l'anesthésie rachidienne, pourrait rendre des services énormes en temps de guerre, même dans le service de l'avant où les malades arrivent souvent en état de « choc ». Malheureusement il ne faut pas, pour l'appliquer, se trouver dans une ambulance trop active. C'est ainsi que, pendant les deux premiers mois de la campagne où j'ai fonctionné dans l'ambulance 2 du second corps d'armée, l'activité était tellement grande qu'il eût été impossible de songer à un autre agent anesthésique que le chlorure d'éthyle ou le chloroforme (suivant l'importance des interventions). Installés le 15 septembre dans la « capitale de l'Argonne », nous avons eu à soigner en quinze jours (du 15 au 30 septembre) 3.428 blessés (2.700 pansements, 492 opérations, 236 fractures) et nous avons travaillé une fois sans arrêt pendant trente-six heures. C'est évidemment là un cas exceptionnel tenant à l'activité du groupe chirurgical et à la situation militaire de l'ambulance. Le plus souvent, les médecins d'ambulance immobilisée (c'est le cas actuellement) auront le loisir de faire bénéficier les blessés de l'anesthésie rachidienne dont la gravité est la même que l'anesthésie générale, mais plus commode, et surtout de l'anesthésie régionale dont la gravité est nulle.

Cette anesthésie localisée est presque toujours applicable.

L'opérateur sera muni des connaissances anatomiques suffisantes. Les troncs nerveux, baignés par l'injection, donnent une anesthésie très étendue et de longue durée.

Cette méthode exige des connaissances anatomiques précises, faciles à puiser dans les livres nouveaux et spéciaux, une grande habitude, nn outillage complet, du temps, un endroit calme, isolé du chirurgien et de ses aides toujours trop pressés.

L'anesthésie régionale *est une opération préliminaire* qui demande les mêmes égards qu'une opération véritable à laquelle elle sert de préambule. Elle doit s'accomplir avec un rite déterminé. Un seul détail omis voue l'opération à l'échec. S'il n'en était point ainsi, tous les malades et tous les chirurgiens donneraient la préférence à cette méthode. Ce sont les échecs dus à l'inexpérience de l'opérateur qui l'empêchent de se généraliser assez rapidement. Pour obtenir l'anesthésie locale il faut que l'aide préposé ait toute latitude pour commencer son anesthésie, la mener à sa guise, avec la seule recommandation de passer le malade à l'opérateur quinze ou vingt minutes après la fin de l'injection. Vingt minutes pour faire l'injection et vingt minutes pour qu'elle agisse, comptez trente à quarante minutes avant d'opérer le malade depuis l'arrivée dans la salle d'anesthésie ; il faut donc que l'aide fasse l'anesthésie pendant que le chirurgien opère. Cet isolement de l'anesthésiste lui permet de ne pas se sentir bousculé par l'opérateur et ses aides, sinon l'échec est à peu près certain.

La question de matériel (1) est très importante. Il faut des solutions qui agissent, des aiguilles qui piquent et non douloureuses, des seringues maniables, puissantes et « continentes ».

L'opérateur fera d'abord des petits « boutons anesthésiques » avec une aiguille d'acier très piquante, très mince, donc indolore ; puis, à travers ces « boutons anesthésiés », il poussera les fortes aiguilles devenues indolores.

Le matériel comprendra :

2 *seringues* de 5 et 10 cc.

Des aiguilles courtes, demi-longues et *longues* 4, 8 et 12 cm.) de 5 à 8/10 de m/m de diamètre. Les grosses sont douloureuses ; les petites aiguilles d'acier flexibles très pointues et capillaires de Collin, sont quasi indolores.

Des *comprimés de novocaïne* (ou des solutions) ;

Une solution *d'adrenaline au millième ;*

De l'*eau salée* (7 p. 1.000) pour dissoudre les comprimés.

Il est bon que le malade ait reçu une injection de *morphine ;* qu'il ait *les yeux bandés et les oreilles bouchées*. Ces préparatifs ne sont rien dans les services où l'anesthésie régionale est courante.

J'ai pu, au mois de juin dernier, anesthésier une trentaine d'opérés pour grosses interventions : résections thoraciques, néphrectomies, cancers d'estomacs ; prostatectomies, etc..., etc... Plusieurs de ces opérations, exécutées dans une clinique d'Amiens, dépassèrent une neure et furent insensibles jusqu'au bout. Parmi elles je signalerai un cancer d'estomac très étendu et adhérent, avec ganglions lombaires. Je fis l'anesthésie paravertébrale qui insensibilise la paroi abdominale et les viscères. A cette opération assistèrent plusieurs chirurgiens parmi lesquels les Drs Douriez et Chalochet (d'Abbeville). Seules, les dernières piqûres de la peau au moment de la fermeture du ventre, furent perçues par le malade. J'ai la conviction que ce malade, très affaibli, n'aurait pu subir qu'une simple laparotomie exploratrice s'il avait été endormi. Je signalerai également une série de sept interventions faites dans une autre et même séance par le même chirurgien qui voulait montrer à des collègues étrangers les bénéfices de l'anesthésie régionale (deux prostatectomies, deux néphrectomies, un goître, une énorme hernie, une résection du poignet). La dernière anesthésie échoua. Il faut, en effet, pour anesthésier le membre supérieur, une seule piqûre au-dessus de la clavicule pour baigner le plexus brachial. Je l'avais vu faire par Paul Sourdat (d'Amiens) ; je l'avais vu réussir entre ses mains, mais cette technique demande une grande habitude. Je ferai remarquer que, personnellement, j'ai fait toutes ces anesthésies sans autre éducation que la lecture du livre de Paul Sourdat et après avoir vu pratiquer quelques anesthésies par ce dernier.

En un mot, l'anesthésie régionale est appelée à un grand avenir ; elle ne fait courir aucun risque au malade et surtout elle évite la morbidité et la mortalité post-opératoire par intoxication chloroformique que l'on met si souvent sur le compte du choc ou de l'épuisement du sujet.

(1) Nous faisons usage du matériel Collin.

TRAITEMENT DU TETANOS

A. TRAITEMENT PRÉVENTIF. — Toute plaie suspecte de souillure tétanifère, toute blessure machurée, irrégulière, contuse, nécessite une désinfection locale soignée et une injection de sérum anti-tétanique. La désinfection de la peau sera assurée par la *vaporisation iodée.* (L'emploi du pulvérisateur est mieux que le badigeonnage parce que plus propre et plus économique. L'appareil doit être en ébonite et non en métal.) Le fond de la plaie doit être accessible dans ses moindres recoins. Si un point reste invisible, il faut débrider aussi largement que possible, s'aider des écarteurs et brosser avec une compresse et de l'*eau oxygénée* toute la surface saignante. Une mèche *sèche* de *gaze formolée* bourrera la surface cruentée. Pansement compressif et sec.

Le malade recevra 10 cc. de sérum antitétanique (si le sérum est rare, la demi-dose sera suffisante) ; dans certains cas de plaies graves et souillées, recommencer l'injection cinq jours et dix jours plus tard.

B. TRAITEMENT CURATIF. — Le tétanos est déclaré. Ne pas considérer le malade comme perdu, mais s'appliquer immédiatement à vouloir le guérir. Dans ce but, il existe deux bonnes méthodes : *les injections rachidiennes de sulfate de magnésie* et la méthode du *Phénol-Lantol.*

1° *Injections intra-rachidiennes* (1) *de sulfate de magnésie*

Ce traitement consiste dans la triple application des injections intra-rachidiennes, de la sérothérapie massive et de la médication chloralée.

a) *Injection intra-rachidienne :* Employer une solution de sulfate de magnésie (à 25 0/0) stérilisée à l'autoclave. Faites la ponction lombaire ; laissez couler une quantité de liquide céphalo-rachidien égale à la quantité de solution à injecter, soit 8 cc. le premier jour, 4 cc. à 5 cc. le second et 3 cc. le troisième jour.

On observe souvent, dès les premières heures qui suivent la première injection, de la paralysie vésicale (2) et une résolution musculaire complète.

b) *Injection de sérum anti-tétanique :* Injecter dans les veines 40 cc. le premier jour et 20 cc. les deux jours suivants.

c) *Le chloral sera prescrit* à la dose de 12 grammes pour jour ; administrer 2 grammes à la fois par la bouche ou le rectum toutes les quatre heures.

2° *Méthode du Phénol-Lantol* (3)

Cette méthode a donné des succès très appréciables à Caillaud (de Monaco).

Voici en quoi elle consiste : association du Phénol et du Lantol :

a) *Phénol :* Injecter quotidiennement aux blessés une solution phéniquée aqueuse à 1 0/0 par voie intra-musculaire à la dose de 40 cc. en augmentant de 10 cc. par jour, puis diminuer après amélioration.

b) *Lantol* (4) : Injecter aussi quotidiennement

(1) Nous avons vu appliquer ce traitement avec succès par le Dr Weil (de Paris), médecin aide-major de l'ambulance des Docteurs Thiery et Lapointe, chirurgien des hôpitaux de Paris.

(2) S'il y a rétention d'urine, sonder le malade aseptiquement et faire de l'antisepsie urinaire par voie buccale (hexaméthylène-tetramine, urodonal.)

(3) Le Lantol est préparé par les Laboratoires Couturieux.

(4) D'après la communication Caillaud et Cornglion (Académie de Médecine, 10 nov. 1914).

par la voie intra-veineuse ou intra-musculaire au cas d'impossibilité, 2 ampoules de 3 cc. de Lantol jusqu'au moment où tout danger disparaît.

Pendant tout ce traitement général, ne pas négliger le traitement local : Eau oxygénée, gaze formolée et, si possible, application d'air chaud suivant la méthode du professeur Quenu.

Victor Pauchet.

REVUE CLINIQUE

Quelques observations sur les plaies du thorax par balles de fusil allemand

Par M. le Docteur CAPITAN
Membre de l'Académie de Médecine.

Aux ambulances du ministère des Finances et du Palais-Royal, que je dirige avec le concours de mes dévoués collaborateurs, Mlle le Dr Vasseur et M. le Dr Sébillotte, j'ai pu étudier dix cas de blessures du thorax par balles de fusil allemand, que nous avons soignés ensemble.

Ces cas peuvent se classer ainsi :

a) Dans un premier groupe (Obs. I et II), la balle a fait le tour du thorax par l'extérieur. Très peu de symptômes ; guérison rapide.

b) Dans un second groupe, la balle a traversé le thorax et est ressortie sans autre lésion de la paroi que les deux trous d'entrée et de sortie ; guérison sans suppuration. Or, dans ces cas, tantôt la balle a bien suivi la face interne des côtes, ou plutôt a traversé une petite épaisseur de tissu pulmonaire superficiel, y déterminant seulement une sorte de plaie en séton (Obs. III, IV, V), tantôt le poumon a été traversé de part en part, de la partie postérieure à la partie antérieure du thorax (Obs. VI, VII et VIII).

c) Dans un troisième groupe, la balle a pénétré dans le poumon, a fracturé une ou plusieurs côtes, de haut en bas, et est venue se fixer contre la colonne vertébrale (Obs. IX et X).

La symptomatologie de ces divers cas a été univoque pour chaque groupe et s'est présentée presque toujours ainsi :

Au moment de la blessure : sensation de piqûre, quelquefois simplement de choc, parfois étouffement immédiat, d'autres fois ne survenant qu'après un certain temps, quelquefois lipothymie. Par la plaie, sortie de sang suivant parfois les mouvements respiratoires ; une fois, mélange d'air et de sang produisant gargouillement. Parfois, légère hémoptysie et plutôt crachats hémoptoïques ; souvent rien de ce côté. Tous ces symptômes s'atténuèrent en très peu de jours et disparurent avec la cicatrisation, qui fut très rapide, sans aucune complication.

Dans tous les cas, il y eut des signes d'auscultation à peu de chose près les mêmes chez tous les blessés : matité ou au moins submatité très nette dans toute la hauteur du poumon atteint. Obscurité très grande de la respiration qui est au contraire parfois un peu soufflante, avec râles muqueux et frottements assez fréquents. Pas d'œgophonie, ni de souffle vrai. Ces signes apparurent dès le début, s'atténuèrent notablement, mais persistent après la guérison.

Dans tous ces cas, les blessés ont pu continuer à marcher pendant quelques instants, ou sont restés sur leurs chevaux, puis ils sont tombés. Après un certain nombre d'heures, ayant été pansés, ils ont pu faire plusieurs kilomètres à pied pour gagner une ambulance. Ils n'ont eu que très rarement la fièvre. Après peu de jours, presque tous ces symptômes avaient disparu, et la guérison de ces plaies aseptiques (probablement du fait de la vitesse initiale de la balle et de son échauffement) se fit très rapidement, sans aucune complication.

En somme, nos cas démontrent la très grande bénignité de la traversée du thorax par une balle allemande, animée d'une vitesse initiale considérable, c'est-à-dire tirée de près et ayant frappé en plein le thorax. Chez trois de nos malades, en effet, les coups de feu avaient été tirés entre 200 et 400 mètres. Il est entendu aussi qu'il s'agit, dans nos cas, de sujets jeunes, vigoureux, et qu'aucun viscère important du thorax n'avait été atteint.

Il n'en est pas de même pour les blessures du thorax produites par des balles frappant obliquement la cage thoracique et surtout lorsqu'elles sont animées d'une faible vitesse initiale ou qu'elles ont été arrêtées en traversant d'autres tissus, ceux du bras, par exemple. Alors, les lésions sont bien plus étendues, plus graves. La balle entraîne des fragments de vêtements, et il en résulte des plaies qui suppurent et dont la guérison est fort longue.

Tel est le cas des deux sujets dont l'histoire est rapportée dans les observations IX et X. Dans l'un, la balle ayant été arrêtée par l'humérus, qu'elle a brisé, a glissé à la surface postérieure et externe des 4e, 5e et 6e côtes, les fracturant et allant se fixer le long de la colonne vertébrale où la radiographie la montre enchâssée. De ce fait, il y a eu de graves symptômes pleuro-pulmonaires; pleurésie hémorragique, congestion pulmonaire intense, donnant au maximum les signes ci-dessus indiqués avec, en plus, signes de pleurésie, le tout s'accompagnant de phénomènes sérieux encore en pleine évolution, depuis cinq semaines que s'est produite la blessure.

Dans un autre cas, la balle a brisé la clavicule, a traversé le sommet du poumon et s'est implantée le long des premières vertèbres dorsales. Il est resté un trajet fistuleux qui suppure encore abondamment. L'état général a été grave pendant quinze jours environ. Les signes pulmonaires ont été aussi ceux des autres cas : submatité, respiration obscure, craquements qui, au début, nous avaient fait craindre une poussée de tuberculose aiguë. L'amélioration est très grande, mais le malade est loin d'être guéri.

En somme, lorsqu'une balle de fusil allemand, très pointue, comme on le sait, frappe perpendiculairement la cage thoracique, la traverse en vitesse et ressort sans léser de viscère ou de vaisseau important, la blessure présente très peu de gravité et guérit très vite. Il n'en est plus de même lorsqu'elle frappe obliquement et avec une vitesse ralentie. Les lésions sont bien plus graves et guérissent beaucoup plus lentement. Les quelques cas suivants le démontrent très nettement.

Obs. I. — Capitaine L..., reçoit, le 3 septembre, une balle de fusil au niveau de la région lombaire droite ; la balle fait le tour du thorax et vient sortir en avant, au niveau des fausses côtes du même côté. Presque pas de réaction. Aucun signes pulmonaires. Quelques douleurs névralgiques. Guérison complète en 10 jours.

Obs. II. — F..., soldat d'infanterie, reçoit, le 31 septembre, une balle à 10 centimètres au-dessous du mamelon droit et à 10 centimètres en dedans de la perpendiculaire abaissée de ce mamelon. Elle passe en séton sous la peau et la paroi antérieure du thorax et vient s'arrêter juste au niveau de la dernière fausse côte gauche, au niveau d'une verticale descendant de l'aisselle. Il éprouve immédiatement une sensation de choc violent et de poids considérable au niveau de l'épigastre avec étouffement. Il reste ainsi pendant 8 jours. Pas de fièvre, pas de crachats. A l'auscultation, submatité marquée de la base du poumon gauche avec respiration très obscure et quelques craquements. Guérison, après extraction de la balle, en 12 jours environ. Actuellement, il reste encore de la douleur le long du trajet peu profond entre les deux orifices et les signes d'auscultation persistent encore très nets. Il est probable que, dans son trajet en séton autour d'un segment du thorax, cette balle aura tout de même dû atteindre la plèvre ou au moins agir par violente action de voisinage et y déterminer quelques lésions que traduisent les signes d'auscultation sus-indiqués qui sont identiques à ceux que nous trouverons plus loin, dans les cas beaucoup plus graves de vraie perforation pulmonaire.

Obs. III. — C..., vingt-deux ans, soldat d'infanterie, est blessé le 6 septembre. Au moment de la blessure, étouffement de courte durée. La blessure saigne beaucoup. Pansé immédiatement avec le pansement individuel, reste toute la nuit sur le champ de bataille.

Recueilli le lendemain par une ambulance allemande, y est pansé et y reste 2 jours avec de la fièvre et une douleur assez vive en respirant. Il est alors évacué sur la grande ambulance allemande de Lizy-sur-Ourcq, et pour s'y rendre, peut faire 15 kilomètres à pied. Il y reste 8 jours. Nous l'en ramenons le 13 à l'ambulance du ministère des Finances. On constate l'entrée de la balle à 3 travers de doigt sous la clavicule, la sortie à 6 centimètres en arrière de la ligne axillaire et à 20 centimètres sur cette ligne au-dessous de l'aisselle. A l'auscultation, submatité très nette de tout le poumon droit avec respiration très obscure à timbre rugueux à la partie supérieure. Rien au cœur. Aujourd'hui encore persistance de ces signes atténués.

Obs. IV. — W..., vingt-trois ans, soldat d'infanterie, reçoit également, le 6 septembre, une balle qui pénètre à 5 centimètres au-dessous du mamelon droit et un peu vers l'axe du corps. Au moment de la blessure, violente suffocation pendant un quart d'heure environ. Il sort beaucoup de sang de la plaie. Il reste sur le champ de bataille durant toute la nuit ; il a une toux continuelle durant cette nuit et crache du sang. Ces crachements de sang durent 2 à 3 jours. Le second jour il est évacué par l'ambulance allemande et peut faire 15 kilomètres à pied, tout en continuant à cracher le sang. Vers le 4e jour, cela cessa.

Ramené par nous à l'ambulance du ministère des Finances, le 21 septembre, nous constatons les particularités suivantes : la balle est entrée à 5 centimètres au-dessous du mamelon droit et un peu en dedans ; on la trouve sous la peau, à 7 centimètres à droite et à 8 centimètres au-dessous du mamelon droit d'où on l'extrait facilement, le 17 septembre. Il semble donc qu'il n'y ait eu là qu'un parcours très limité intra-thoracique de la balle. A l'auscultation, submatité très marquée à droite et vers la base ; matité très marquée en avant comme en arrière. La respiration est très obscure, surtout vers la base et particulièrement en avant. A gauche, la respiration a son timbre à peu près normal, très différent de celui de l'autre côté. Aujourd'hui, mêmes signes, seulement un peu atténués.

Obs. V. — Del..., vingt-quatre ans, dragon, reçoit, le 8 septembre, trois balles, dont une pénètre à 6 centimètres sous la pointe de l'omoplate droite et ressort juste sur la ligne axillaire, à 9 centimètres sous l'aisselle. Il éprouve seulement une sensation de piqûre assez forte. Il court encore 10 mètres et tombe perdant beaucoup de sang par ses plaies. Il est pansé presque immédiatement par les Allemands et transporté dans une forêt où il passa la nuit, perdant encore du sang par ses plaies, souffrant vivement du poumon, ayant une grande gêne respiratoire avec toux et rendant des crachats de sang clair, par moment spumeux. Le lendemain, tout se calme ; il est transporté à l'ambulance de la Ferté-Milon où il

tousse encore sans rendre de sang. Le surlendemain, il n'y a plus de toux et la respiration est très bonne. Nous l'amenons à l'ambulance le 13 septembre. L'état général est bon. Nous constatons les particularités d'auscultation suivantes : il existe une submatité très nette de tout le poumon droit, avec respiration très obscure et quelques craquements vers la base et la partie moyenne. Le contraste est considérable avec le côté gauche, où la respiration est tout à fait normale. Ces signes persistent encore aujourd'hui, bien que le sujet soit en très bonne santé.

Obs. VI. — So..., vingt-deux ans, dragon, a été blessé, le 7 septembre, avec ses deux camarades des observations VII et VIII, et exactement de la même façon. Attaqué par les Allemands, postés à 200 ou 300 mètres, il se coucha sur son cheval et reçut une balle juste à la pointe de l'omoplate gauche, qui sortit à 9 centimètres sous la clavicule gauche. A ce moment, il ressentit comme un petit coup et une sensation de brûlure. Il fit encore 300 à 400 mètres sur son cheval, mais il étouffait, et le sang coulait des plaies. Son cheval ayant été tué, il tomba, se dégagea et se coucha à terre, étouffant, mais ne crachant pas, ni ne vomissant. Le lendemain seulement, il rendit en une seule fois de gros crachats noirâtres. Emmené ensuite par les Allemands à l'ambulance de la Ferté-Milon, il resta trois, quatre jours, étouffant et rendant seulement le matin deux ou trois crachats de sang noir.

Les phénomènes disparurent après 4 à 5 jours. Nous le ramenons, le 31 septembre, à l'ambulance, et nous constatons une submatité marquée de tout le côté gauche avec respiration très obscure à la partie moyenne du poumon. Vers la base quelques frottements, tandis que vers le sommet du poumon la respiration a un timbre soufflant. Il n'est, d'ailleurs, aucunement gêné par sa respiration. Aujourd'hui encore, où il est complètement guéri, il présente sensiblement les mêmes signes.

Obs. VII. — Petr..., vingt et un ans, dragon, blessé exactement dans les mêmes conditions que son camarade de l'observation VI, sauf qu'il reçoit la balle au-dessous de la pointe de l'omoplate droite ; elle sort exactement comme l'autre, à 7 centimètres sous la clavicule ; mais, ici, il s'agit de la clavicule droite. Il éprouve aussitôt une sensation de piqûre sans étouffement, reste sur son cheval jusqu'à ce que celui-ci tombe. S'étend alors à terre et ne commence à étouffer qu'au bout d'un quart d'heure. Il rend beaucoup de sang par le trou de sortie de la balle en avant, mais ne tousse, ni ne crache. Il peut, néanmoins, marcher, soutenu par ses camarades, mais il étouffait beaucoup, et à chaque mouvement respiratoire il sortait du sang par sa plaie ; cette sortie du sang s'accompagna même de gargouillement de l'air s'échappant par la plaie. Ce phénomène ne dura que quelques heures. Malgré tout, il ne toussait, ni ne crachait. Conduit par les Allemands à l'ambulance établie par les sœurs de la Ferté-Milon, dans leur hospice, il s'améliora rapidement. Dès la première nuit, les phénomènes s'amendèrent, le bruit du glouglou disparut. Au bout de 4 à 5 jours, il se trouvait tout à fait bien.

Ramené par nous le 13, il présentait une submatité très marquée du poumon droit, en avant comme en arrière, avec respiration très obscure. Ces signes, surtout accentués à la partie moyenne et inférieure du poumon, sont restés, à peu de chose près, les mêmes, maintenant que le sujet est guéri.

Obs. VIII. — Rob..., vingt et un ans, camarade des précédents, est blessé comme eux ; la balle a pénétré à 3 centimètres au-dessus de la crête iliaque droite, et à 4 centimètres à droite de l'apophyse épineuse de l'avant-dernière vertèbre dorsale ; elle est sortie à 7 centimètres sous le mamelon droit, au niveau des fausses côtes. Au moment même, il éprouve très peu de douleurs, mais a une difficulté extrême à respirer, persistant pendant 3 ou 4 jours. Il ne crache pas. Au moment de son arrivée à l'ambulance, le 14 septembre, nous constatons une matité très marquée de tout le côté droit, en avant et en arrière, avec obscurité extrême de la respiration ; frottements à la partie supérieure du poumon. Il a guéri rapidement en quelques jours. Aujourd'hui, il présente, à peu de chose près, les mêmes signes, quoique complètement guéri.

Obs. IX. — Van..., reçoit une balle qui passe par-dessus la clavicule droite et va s'implanter le long de la colonne vertébrale, ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur la radiographie exécutée par le service de radiographie du Val-de-Grâce. Au moment de la blessure, il éprouve un choc violent avec la sensation d'un corps étranger pénétrant dans les tissus ; il tombe, mais se relève et peut marcher, se sauvant des Allemands. Il fait ainsi 4 kilomètres. Il est ensuite emmené en voiture. Il éprouve une douleur très vive, de l'oppression très marquée, saigne du nez, mais ne crache pas de sang. Soigné alors à l'ambulance pendant dix jours, la température s'élève jusqu'à 40 degrés.

La plaie, qui s'était d'abord fermée, se rouvre et il sort du pus. A ce moment, nous l'avons examiné.

L'état général était extrêmement mauvais, les signes pulmonaires, consistant en matité, râles, respiration soufflante au sommet, et au-dessous obscurité très grande de la respiration. Nous pensions à de la tuberculose.

Le drainage a fourni du pus en abondance. Il est un peu mieux actuellement, mais il est loin d'être guéri. C'est donc là une forme particulièrement grave de blessure du thorax, très différente des autres cas.

Obs. X. — Hu..., marocain, blessé le 12 septembre. Il reçoit une balle qui lui brise en sa partie moyenne l'humérus gauche, puis pénètre dans la paroi thoracique et arrive au tiers postérieur des côtes ; là, elle descend en brisant trois à quatre côtes et vient s'implanter contre la colonne au niveau de la 4e ou 5e vertèbre dorsale, la pointe en dehors, ainsi que le montre la radiographie exécutée par le service de radiographie du Val-de-Grâce.

Il tombe immédiatement et vomit le sang. Lorsque nous l'examinons à l'ambulance, le 20 septembre, nous constatons une matité de tout le poumon gauche, absolue aux deux tiers inférieurs, un peu moins au sommet, avec obscurité complète de la respiration à la base et respiration soufflante au sommet. Ces signes ont varié plusieurs fois, semblant indiquer l'existence d'épanchements pleuraux, probablement cloisonnés (ponctions exploratrices n'ayant rien donné). La fièvre a toujours oscillé entre 38 et 40 degrés ; l'état général très mauvais.

L'expectoration a été constamment spumeuse et fréquemment sanguinolente. Le malade est toujours dans un état très grave. Aujourd'hui, les crachats ne sont plus colorés, mais les signes de pleurésie purulente s'accentuent. On voit donc, là aussi, une différence très marquée avec les cas précédents. Autant ceux-ci étaient bénins, autant celui-ci est d'une grande gravité.

REVUE DE PATHOLOGIE

Septicémie charbonneuse par plaie de guerre

M. Conteaud, médecin général de la Marine, et M. Maille, médecin de 1re classe, ont vu à Cherbourg un cas de pustule maligne provoquée par une blessure de guerre. Le 1er novembre 1914, un soldat revenant de Belgique entre à l'Hôpital de la Marine pour une blessure en séton dans le dos dont la bénignité apparente contrastait avec la gravité de l'état général. On songe à un état typhoïde contre lequel s'inscrivent les résultats d'un séro-diagnostic et d'une hémoculture. Cependant, cette dernière montre la présence d'un bacille immobile, à extrémités carrées, prenant le Gram, ressemblant à la bactéridie charbonneuse. M. Maille inocule ce microbe isolé à un cobaye qui meurt en vingt-quatre heures après avoir présenté de l'œdème local ; son autopsie révèle l'existence de bactéridies dont la culture et l'examen confirment l'identité avec le *Bacillus anthracis*.

La plaie de sortie était entourée d'un bourrelet œdémateux et d'une ébauche de vésicules auxquelles on prête peu d'attention ; plus tard, elle s'élargit en une escharre noirâtre.

L'état général indiquait une infection profonde avec température oscillant entre 39° et 40°, pouls très rapide, dyspnée, etc... Le blessé mourut le 10. Le traitement consista en bains tièdes, teinture d'iode à l'intérieur, inhalations d'oxygène.

L'origine de ce cas de charbon reste mystérieuse ; il a été unique sur plus de 7.000 blessés soignés à Cherbourg.

REVUE DE CHIRURGIE

Traitement de l'érysipèle bronzé par l'ignipuncture des régions envahies après débridement et désinsection énergique du foyer septique

Par M. le Dr P. MICHAUX
Chirurgien des hôpitaux de Paris

L'érysipèle bronzé est, à coup sûr, une des complications aujourd'hui encore les plus redoutables des plaies de guerre, une de celles contre lesquelles le chirurgien se sent le plus souvent impuissant.

Ce n'est pas une raison toutefois pour que le chirurgien désarme, et pour qu'il ne tente pas la lutte jusqu'au bout.

D'ailleurs, les récentes communications de nos collègues Riche, Quénu, Rochard..., ont montré que l'on observe dans cette terrible affection tous les degrés, depuis le simple gonflement avec teinte livide et bronzée du pourtour de la plaie, jusqu'à l'envahissement de tout le membre avec gangrène noire du segment périphérique le plus éloigné.

Il m'a été donné d'observer toute la gamme de ces diverses variétés dans une série de quatre blessés qui sont entrés dans mon service à l'hôpital Beaujon, le 31 octobre à 2 heures du matin. Ces hommes avaient été blessés le 28 octobre, dans la région de Vailly. Je les ai trouvés tous les quatre en arrivant le matin du 31 octobre dans mes salles de Beaujon.

Le plus grièvement atteint, était un homme de vingt-six ans, qui présentait consécutivement à une fracture de jambe une gangrène complète de la jambe et du pied. Tout ce segment du membre inférieur était noir, recouvert de phlyctènes ; à cette gangrène de la jambe faisait suite un érysipèle bronzé des plus graves, étendu à la partie inférieure de la cuisse. Etat général très grave.

Je n'avais qu'une ressource, l'amputation ; elle fut pratiquée d'urgence, mais le blessé a succombé dans la journée, quelques heures après l'intervention.

Les trois autres se présentaient dans des conditions meilleures. L'un d'eux ne présentait qu'un peu de gonflement livide avec quelques taches bronzées autour des deux orifices. Les deux orifices étaient noirs, infects, laissant suinter une sanie infecte, brunâtre et des gaz. Pour

celui-là, il a suffi de débrider très largement les deux orifices et de les désinfecter comme je le dirai pour venir à bout de l'infection.

Le troisième blessé est un sergent très vigoureux, blessé à la même date, et qui nous arrive avec une fracture de cuisse à la partie inférieure du tiers moyen. Le projectile n'est pas sorti. Il n'y a qu'un orifice d'entrée, mais noirâtre, infect, toute la cuisse jusqu'au genou en bas, jusqu'au pli de l'aine, en haut est le siège d'un érysipèle bronzé des plus nets, la jambe est en bon état, je le traite comme je vais le dire :

Débridement. Désinfection des plus soignées. Attouchement des antiseptiques les plus énergiques, ignipuncture de toute la région bronzée. Plus de 200 pointes de feu pénétrantes ; il s'écoule une sérosité brunâtre. Nous pansons avec des compresses humides imbibées d'une solution avec un tiers d'eau oxygénée et deux tiers d'eau bouillie. Aujourd'hui, 4 novembre, il ne reste plus trace de l'infection bronzée.

Le dernier cas est plus démonstratif encore : projectile (balle de fusil) ayant traversé la partie inférieure de la fesse droite, rentrée dans la partie inférieure de la fesse gauche, ressortie à la partie postéro-externe en traversant la tête fémorale et le col.

Erysipèle bronzé, ayant envahi toute la cuisse et remontant sur la paroi antérieure de l'abdomen. Débridement large de l'orifice de sortie, foyer infect, noirâtre, ablation de trois ou quatre volumineuses esquilles osseuses (fragments de la tête fémorale). Désinfection énergique du foyer. Ignipuncture de tout le segment bronzé jusque sur la partie inguinale.

Le 1er novembre, la teinte bronzée a encore progressé sur l'abdomen, en arrière dans la région lombaire, en bas dans la région poplitée et à la partie supérieure de la jambe ; aux 250 pointes de feu primitives, j'en ajoute une centaine de nouvelles. Ce matin, 4 novembre, la teinte bronzée a disparu partout. Les températures sont tombées ; ces faits nous ont paru dans leur simplicité, dignes d'être communiqués.

Ce n'est pas d'aujourd'hui, d'ailleurs, que je suis fixé sur la valeur de ce traitement ; j'ai eu déjà trois ou quatre fois, au cours des années précédentes, l'occasion d'y recourir avec un plein succès. Je citerai entre autres un blessé, fracture compliquée de jambe, renversé par une automobile ; érysipèle bronzé ; en deux séries, près de 600 pointes de feu sur tout le membre, désinfection de la plaie. Guérison complète en trois mois.

Voici, en quelques lignes, comment je comprends et je pratique le traitement de l'érysipèle bronzé.

1° *Débridement de la plaie.* — Débridement large suivant les préceptes sur lesquels M. le professeur Quénu et MM. Toussaint, Rochard, ont appelé l'attention.

2° *Désinfection du foyer.* — Addition des antiseptiques les plus énergiques. Nettoyage à l'eau oxygénée pure, écouvillonnage à la teinture d'iode, lavage à l'eau phéniquée forte (solution au 20e), ou au chlorure de zinc (solution au 10e). Pansement le plus souvent avec des mèches de gaze iodoformée imbibées de solution de phénate de camphre, soit : parties égales d'acide phénique neigeux et de camphre ; soit : un d'acide phénique pour deux de camphre.

Seule précaution : exprimer légèrement les mèches pour que le liquide n'escarrifie pas les bords de la plaie, et pour qu'il n'y ait pas trop d'acide phénique (urines noires), d'ailleurs généralement sans inconvénients, si on ne renouvelle pas trop vite les pansements.

3° *Ignipuncture de toute la région bronzée.* — Avec le couteau du thermocautère, de 2 en 2 centimètres, perforer complètement la peau jusqu'au tissu adipeux sous-cutané. Au fur et à mesure qu'on y pénètre, il s'écoule le liquide septique brunâtre où se développe sans doute le vibrion septique.

Tout l'œdème septique se vide ainsi immédiatement, une zone blanchâtre se dessine autour de l'orifice d'ignipuncture, et souvent de véritables rainures qui limitent le foyer et qui vont s'agrandissant les jours suivants à mesure que la guérison se parachève.

Si le résultat n'est pas obtenu du premier coup, une séance complémentaire sous anesthésie, permet presque toujours d'enrayer le mal. On aura soin de dépasser un peu les limites de la teinte bronzée pour mieux limiter le processus infectieux.

4° Sur toutes ces petites plaies qui suintent et pleurent pour ainsi dire, on applique un très large pansement humide avec une solution d'eau oxygénée à 1 pour 2 d'eau bouillie.

J'ai eu également recours à plusieurs reprises aux insufflations d'oxygène autour du mal, mais je ne crois pas que ces insufflations non plus que les injections d'eau oxygénée aient la valeur du traitement que je viens de décrire dans ses grandes lignes.

Quand les plaies de cautérisation ont fini de suinter, j'y verse une goutte de teinture d'iode et je les panse avec une feuille de gaze iodoformée.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Comment assurer la convalescence des blessés du thorax par balles de fusils

En dépit de la gravité réelle de leur blessure, beaucoup de sujets atteints de balles de fusil dans la région thoracique, ainsi que M. le Dr Capitan le montrait récemment à l'Académie de médecine, guérissent heureusement.

La chose n'est point pour surprendre.

Du moment, en effet, que de gros vaisseaux n'ont point été lésés par la balle — ce qui, du reste, ne survient qu'exceptionnellement — l'hémorragie produite est toujours minime et le sang épanché en petite quantité dans la plaie présente toute tendance à se résorber.

Cependant, bien que ces plaies du poumon guérissent de façon satisfaisante, elles ne laissent pas de nécessiter des précautions minutieuses si l'on veut éviter des mécomptes ultérieurs.

Comme le faisait, en effet, remarquer fort justement le Dr Paul Reynier, chirurgien des hôpitaux, au cours d'une communication à l'Académie, il est de la première importance « d'éviter à ces malades tout refroidissement, car ces poumons traumatisés font facilement, au niveau du trajet des balles, des foyers de pneumonie traumatique secondaire, qui viennent assombrir le pronostic ».

Aussi, recommande instamment M. Reynier, à l'égard de ces malades, y a-t-il lieu d'exercer une longue surveillance, de leur éviter toute cause de refroidissement et de fatigue, de ne jamais se fier aux apparences pour leur signer prématurément un certificat de guérison, mais de leur donner des congés de convalescence qu'ils iront passer dans leur famille. Durant le repos prolongé, sous l'influence d'une bonne alimentation, la résorption du sang épanché dans la plèvre s'effectue peu à peu, le poumon se cicatrise et la guérison complète peu à peu se parachève.

En somme, comme le montre excellemment M. Reynier, les blessures des poumons, même quand ces blessures n'ont entraîné à leur suite aucune infection et ont évolué favorablement, ont pour conséquence constante de diminuer notablement la résistance du malade, de créer chez lui un état de déchéance organique qu'il importe fort de combattre par des moyens énergiques. Les blessés, en définitive, sont devenus de véritables anémiés et, comme à ceux-ci, comme à tous les convalescents, du reste, il importe de prescrire une médication à la fois stimulante et reconstituante que l'usage du globéol satisfait à merveille

Constitué par l'extrait total du globule rouge débarrassé de son enveloppe, le globéol, dont l'action se trouve puissamment renforcée par la présence de fer colloïdal, de manganèse colloïdal et par celle d'une minime quantité de quassine destinée à préparer les voies digestives à l'assimilation d'un excédent de nourriture, réalise une préparation opothérapique particulièrement reconstituante. Par les cyto-stimulines du sang qu'il renferme, il excite en effet le système nerveux, stimule les fonctions de l'organisme et provoque l'hyperfonctionnement de diverses glandes, réveillant ainsi la force vive du malade qui se sent rapidement renaître, et, par les cytopoïétines, il favorise une prompte multiplication des éléments globulaires dont la diminution caractérise justement l'état d'anémie dans lequel se trouvent toujours les blessés durant un temps plus ou moins long.

Toutes les indications thérapeutiques posées si expressément par M. Reynier pour les soins à donner aux blessés de la poitrine par balle de fusil ou de mitrailleuse se trouvent, on le voit, merveilleusement remplies par le globéol que l'on ne saurait par suite trop recommander aux convalescents quels qu'ils soient.

Tous en effet ne sont-ils pas des anémiés, des déprimés, dont l'organisme a besoin de recevoir une bienfaisante stimulation et chez lesquels il importe avant tout de combattre les intoxications menaçantes.

REVUE D'HYGIÈNE

Relations entre les phénomènes météorologiques et les épidémies transmissibles par l'air

Par M. A. TRILLAT

L'établissement des relations qui existent entre les phénomènes météorologiques et les épidémies a son point de départ dans l'étude des propriétés des gouttelettes microbiennes en suspension dans l'air. L'existence de ces gouttelettes qui se forment dans un grand nombre de cas comme on l'a démontré (1), est due à la faculté que possèdent les microorganismes de jouer le rôle de noyaux de condensation d'humidité. Leurs réunions forment des poussières aqueuses dont les propriétés que je vais résumer d'après mes essais, sont totalement différentes de celles des poussières sèches : c'est de leurs connaissances que vont découler mes conclusions :

1° Le volume des gouttelettes microbiennes et leur vitesse de chute dans une atmosphère tranquille sont régis par les dimensions même des microbes ; la pesanteur permet d'opérer une sélection de gouttelettes dans un mélange de buées microbiennes :

2° A partir d'une certaine dimension inférieure à 1 μ, les gouttelettes microbiennes échappent à l'action de la pesanteur suivant en cela les lois de la thermo-dynamique. En cet état, elles sont extrêmement mobiles, entraînables et séparables en espèces sous l'influence d'une ventilation ménagée.

3° L'abaissement brusque de température dans le sein ou dans le voisinage d'une buée

(1) L'objection en faveur de la pureté de l'air, tirée de ce que dans la pratique bactériologique, les observations journalières montrent que les contaminations accidentelles des terrains de culture sont plutôt rares, n'a aucune valeur. J'ai montré, en effet, que l'on pouvait exposer pendant plus d'une minute des terrains de culture dans une atmosphère microbienne sans qu'il y ait ensemencement.

En outre, il est à remarquer que les terrains de culture usuels ne conviennent pas à l'ensemencement des germes ultra-microscopiques.

microbienne a pour effet de précipiter instantanément les microbes vers des régions refroidies. Ce transport peut avoir lieu même contre un courant d'air ;

4° A l'état de gouttelettes, les microbes en suspension dans l'air sont extraordinairement sensibles aux agents favorisants ou antiseptiques. C'est alors qu'intervient l'influence des gaz aliments comme ceux de la respiration ou de la décomposition végétale ou animale et qui transforment les gouttelettes en autant de bouillons de culture microscopiques ;

5° Sons certaines conditions, un volume d'air, humide et stérile, peut-être ensemencé dans toute sa masse par l'introduction de gouttelettes microbiennes.

Les relations entre les épidémies et les phénomènes météorologiques : vents, chaleur, dépression, électricité, etc., découlent tout naturellement de ces observations. Les gouttelettes microbiennes de l'air, sous l'influence du vent, peuvent être transportées à des distances considérables et localisées instantanément sur une région, sous l'influence du froid subit, sans perdre leurs propriétés biologiques. Le fait que cette localisation peut avoir lieu en sens inverse du vent, explique la marche capricieuse des grandes épidémies transmissibles par l'air. D'autres causes provoquent encore le rassemblement et la sélection des microbes : ce sont les mouvements giratoires de l'air. On a pu artificiellement reproduire ce phénomène.

L'action de l'électricité est complexe. Dans la formation d'ozone, elle agit comme antiseptique, tandis que l'ionisation de l'air provoque la condensation de l'humidité et des gouttelettes microbiennes.

La dépression barométrique a pour principal effet de faire ressortir les émanations gazeuses emmagasinées dans le sol et les objets et de constituer, comme je l'ai montré dans l'étude des altérations hâtives d'aliments en périodes orageuses, des ambiances favorisantes. Dans l'eau, les dépressions libèrent les gaz putrides des dépôts organiques et la rend — comme on l'a montré — beaucoup plus apte à être contaminée. Dans le sol, les gaz libérés facilitent la condensation et la multiplication des germes pathogènes (Cas des sols tétanigènes).

En résumé, les relations qui existent entre la transmission des épidémies par les germes de l'air et les phénomènes météorologiques découlent de la propriété que possèdent les germes de jouer le rôle de noyau de condensation d'humidité et des propriétés des gouttelettes microbiennes. La constitution d'une ambiance favorisante, la multiplication des gouttelettes microbiennes et leur localisation, demandent souvent la superposition et la solidarité des agents météorologiques dont les effets peuvent cependant être opposés.

L'HYGIÈNE DES CARDIAQUES

Les maladies de cœur, à l'encontre de ce qu'on pense trop communément, ne contredisent point toujours les grands efforts. Et c'est ainsi, comme l'a si bien montré récemment le docteur Ch. Fiessinger, correspondant national de l'Académie de médecine (1), que l'on compte actuellement parmi nos troupes sur le front plus d'un soldat atteint de troubles cardiaques et qui cependant supporte vaillamment les dures fatigues de la guerre de tranchée.

Naturellement, ces vaillants, pour résister dans les conditions que l'on connaît, doivent suivre un régime. La volonté de faire son devoir, si énergique soit-elle, ne saurait suffire à tonifier le cœur et à compenser des lésions.

Le remède classique des affections cardiaques, la digitale, prescrite à doses faibles leur est nécessaire et, convenablement administrée, suivant les indications posées naguère par M. Fiessinger, leur rend les plus grands services.

Mais il y a plus encore à faire. Il importe, en effet, de compléter ou mieux, de favoriser dans ces cas l'action du médicament spécifique par un traitement adjuvant judicieusement réglé.

Rien n'est d'ailleurs plus aisé et l'on y parvient justement en instituant la médication diurétique par l'urodonal.

C'est, au surplus, ce que M. le docteur Legerot, ancien professeur de physiologie générale et comparée de l'Ecole supérieure des sciences d'Alger, a très justement remarqué.

« L'urodonal, écrit-il en effet, est indiqué tout d'abord dans les affections du cœur et des vaisseaux. Permettant de solliciter la diurèse, tout en faisant la cure de réduction des liquides, il a l'avantage de ne pas augmenter par une masse de liquide le travail d'un cœur souvent meïopragique depuis longtemps. Cet avantage, il le doit à sa solubilité parfaite, ainsi qu'à son haut pouvoir solubilisant.

« Dans toute endocardite aiguë ou chronique, il est donc indiqué pour désincruster les valvules et faciliter le cours du sang ; de même, dans les maladies des veines et des artères, dans les phlébites et les artérites, dans l'athérome et l'artériosclérose, dans les anévrismes. L'urodonal est le grand dissolvant de l'acide urique, par conséquent le grand curateur de toutes ces affections à la base desquelles se retrouve toujours l'acide urique comme dépolisant les parois des artères ou empoisonnant le sang par sa présence : l'urodonal fait la diurèse désincrustante et désintoxiquante à la fois. »

On ne saurait mieux dire !

Par l'usage de l'urodonal, non seulement on améliore les états cardiaques, mais, ce qui est non moins important, on peut prévenir le développement de ces états.

Et c'est pourquoi l'urodonal se trouve tout naturellement appelé à rendre de signalés services à beaucoup de nos soldats, en particulier à tous ceux touchés par l'arthritisme et qui sont si nombreux parmi les contingents de la réserve et de l'armée territoriale.

(1) Voir la *Gazette Médicale de Paris*, numéro du 20 janvier 1915, p. 5, [illegible] de M. Ch. Fiessinger : « Les maladies de cœur aux armées ».

CARNET DU PRATICIEN

Blennorragie avec cystite

Supprimer de l'alimentation tous les mets épicés et excitants.

Suppression des boissons alcooliques, de la bière surtout.

Instituer le traitement par le pagéol, de 8 a 16 capsules chaque jour prises au début du repas.

Suppression complète, jusqu'à guérison parfaite, de tous rapports sexuels.

Rhinite chronique

On obtient souvent un soulagement réel par l'emploi de la pommade suivante :

Menthol	0 gr. 05
Chlorétone	0 gr. 10
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10
Onguent simple	30 gr.

Gros comme un pois, quatre fois par jour, dans chaque narine.

On peut aussi recourir à la poudre à priser ci-après :

Menthol	0 gr. 10
Chloretone	0 gr. 20
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 25
Acide borique pulvérisé	30 gr.
Sucre pulvérisé	10 gr.

En cas de gêne de la voix, on prescrira le gargarisme suivant :

Chlorate de potasse	30 gr.
Bicarbonate sodique	30 gr.
Essence de menthe	V gouttes

Une cuillerée à café dans un verre d'eau tiède en gargarisme six fois par jour.

On se trouvera bien également de procéder deux fois par jour à un badigeonnage de la paroi postérieure du pharynx avec un tampon de coton hydrophile imbibé de la solution suivante :

Glycérine neutre	50 gr.
Résorcine	0 gr. 50
Phénate de soude	1 gr.

Enfin, on devra s'abstenir de tabac et de boissons alcoolisées.

Amygdalites

Se gargariser trois fois par jour avec la solution suivante :

Iode	0 gr. 20
Iodure de potassium	1 gr.
Sirop diacode	0 gr. 60
Eau distillée	0 gr. 300

(LUBET-BARBON).

Contre la stomatite ulcéro-membraneuse

Alimentation liquide : eau, bouillon, lait.

Trois fois par jour, pratiquer un lavage de la bouche avec une tisane obtenue en faisant bouillir dans un litre d'eau deux grosses têtes de pavot et une poignée de racines de guimauve.

Pratiquer ensuite, en utilisant le bock à injections, un grand lavage de la gorge et de la bouche avec une solution d'acide borique à 3 0/0.

Se gargariser ensuite avec :

Chlorate de potasse	5 grammes
Laudanum de Sydenham	IV gouttes
Eau	100 grammes

Toucher enfin les lésions ulcéreuses avec une solution de chlorate de potasse à 10 ou même à 20 0/0. A l'intérieur, prendre par jour, en trois fois, 9 comprimés de sinnberase délités dans une petite quantité d'eau sucrée.

Favus du cuir chevelu

Couper les cheveux ras ; faire tomber les croûtes à l'aide de *cataplasmes de fécule* boriqués ou les ramollir avec de la *glycérine*, de l'*huile d'amandes douces*, de l'*huile d'olives*, pures ou additionnées d'acide phénique, d'acide salicylique, de baume du Pérou, avec parties égales de savon noir ou d'axonge.

Si les croûtes sont trop épaisses : après avoir appliqué un corps gras, mettre la *calotte de caoutchouc* pendant la nuit. Le lendemain matin, savonner avec du *savon noir*.

Ou encore frictionner avec :

Huile de cade	3 grammes
Savon	3 —
Glycérolé d'amidon	30 —

(BROCQ.)

Hémorroïdes opérées

En vue de calmer les douleurs, mettre pendant les cinq premiers jours suivant l'opération, matin et soir, le suppositoire suivant :

Sulfate de morphine	0 gr 06 centigr.
Sous-nitrate de bismuth	4 grammes
Poudre d'opium	1 gramme
Extrait de belladone	0 gr. 40 centigr.
Huile d'eucalyptus	0 gr. 50 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 13 centigr.
Ichtyol	2 grammes
Beurre de cacao	Q. s.

Prescrire ensuite l'usage régulier du jubol, de 1 à 3 comprimés pris le soir, de façon à éviter le retour de la constipation.

Masque de la grossesse

Pratiquer matin et soir une onction avec la pommade suivante :

Oxyde de zinc	0 gr. 20
Précipité blanc	0 gr. 10
Huile de ricin	10 grammes
Beurre de cacao	10 —
Essence de roses	X gouttes

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

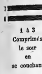
Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35 rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : R. Geoffroy.

Une Médication nouvelle : La Jubolisation de l'Intestin

Constipation **Congestion hépatique**

Dyspepsie **Hémorroïdes**



1 à 3 Comprimés le soir en se couchant

JUBOL

Communications à l'Ac. des Sciences et à l'Ac. de Médecine

AVIS IMPORTANT

Des maîtres éminents ont établi le « danger social » de la purgation qui irrite l'intestin et en entretient la paresse.

Une communication retentissante à l'Académie des Sciences en précisait les inconvénients et préconisait une nouvelle médication, **la rééducation de l'intestin** *par un produit rationnel :* **le Jubol,** *qui seul avait servi aux experiences cliniques.*

La jubolisation ou rééducation de l'intestin consiste à pratiquer un massage interne doux, onctueux et persuasif. Prenant 16 fois son volume d'eau, le Jubol forme une masse qui nettoie **comme une éponge** *tous les replis de la muqueuse, sans heurts, sans irritation, sans fatigue.*

En outre, les extraits intestinaux qu'il contient facilitent la digestion intestinale et guérissent, de ce fait seul, nombre de dyspepsies.

Les extraits biliaires assurent une antisepsie rigoureuse, empêchent les fermentations déterminent une chasse biliaire en excitant la fonction hépatique et par une action excito-motrice, bien établie, provoquent les mouvements péristaltiques de l'intestin. Ainsi les glandes intestinales, parésiées chez les constipés, réamorcées par le Jubol, se mettent à sécréter, le foie fournit de la bile en quantité suffisante, la paroi intestinale se contracte et le bol fécal 'ouable, mou et copieux chemine facilement et sans ennui.

L'examen radiographique d'une personne normale ayant des selles suffisantes, nous révèle généralement des matières qui s'attardent et se putréfient. Nous sommes presque tous des **constipés inconscients**

Et c'est cette constipation, d'autant plus grave qu'elle reste ignorée qui cause tant d'affections : dyspepsies, pituites, gaz, hémorroïdes, migraines, insomnies, mauvaise haleine, furoncles et même qui atteint le caractère et engendre la tristesse, la mélancolie et l'hypocondrie. Combien de gens envieux, coléreux, jaloux, sont des constipés inconscients ?

Un coup d'éponge dans l'intestin et la situation change. Mais, évitez les purgatifs, les laxatifs et tous les produits qui, de toutes parts, ont tenté de copier le Jubol.

Nous pouvons affirmer la haute efficacité du Jubol, due à sa fabrication très soignée. Nos extraits opothérapiques sont préparés avec un soin méticuleux. Obtenus à froid et dans le vide, ils représentent les **tissu eux-mêmes.** *Nous pouvons en garantir l'activité extrême. Un physiologiste diplômé en surveille constamment la préparation et se livre à des essais cliniques et physiologiques répétés.*

L'agar-agar que nous employons est selectionné ; il importe de savoir d'où il vient et de procéder à certains examens.

En prescrivant le Jubol, vous connaissez le médicament de choix que vous donnez en pleine confiance à vos malades. Nul autre produit n'est préparé dans des conditions aussi sûres, ni avec un tel luxe de recherches, d'essais et de surveillance qui permettent de le presenter en toute loyauté comme une médication nouvelle : **la jubolisation de l'intestin.**

INSUFFISANCE HÉPATIQUE **LITHIASE BILIAIRE**

DIABÈTE **TUBERCULOSE**

CIRRHOSES **PALUDISME**

Filudine

(Thiarféine — Opothérapie biliaire, hépatique et splénique)

2 à 4 comprimés au début de chaque repas
20 jours par mois. Aucune contre-indication

Mémoires à l'Académie de Médecine (19 Mars 1912) et à l'Académie des Sciences (30 Octobre 1911)

L'opothérapie associée et la thiarféine donnent des résultats très nets dans les cirrhoses dont elles constituent la médication la plus rationnelle.

Elles sont le traitement de choix de toutes les affections où le foie souffre et est en déficit. La Filudine **répare le foie. Elle est la digitale du foie,** supplée à son insuffisance, stimule l'activité d'un organe en état de déchéance et regénère le tissu hépatique par hyperplasie (cirrhoses biliaires, veineuses atrophiques et hypertrophiques).

Dans le diabète, le foie est toujours lésé (généralement hypertrophie du lobe droit) et fonctionne mal. La Filudine est le premier traitement à prescrire, puisqu'il y a insuffisance hépatique et organe à reconstituer.

Les Médecins et la Guerre

Suite

(Nous déclinons toute responsabilité au sujet des erreurs qui pourraient se trouver dans cette liste).

Les Morts

M. Félix Chastaing, médecin aide-major au 1er régiment des fusiliers marins.

M. Jousse, médecin major de 1re classe au 90e régiment d'infanterie.

M. Henri Jullien, médecin auxiliaire au 49e régiment d'artillerie.

M. G. Levi-Franckel, interne des hôpitaux de Paris, médecin auxiliaire.

M. J. Anatsilôs, médecin principal de l'armée grecque, major à titre temporaire au 71e régiment territorial d'infanterie.

M. E. Palet, médecin major de 1re classe au 2e régiment de zouaves.

M. Nicolas Vèlimirowitch, mort à Kragoujwatz (Serbie).

M. P. de Font-Réault, médecin aide-major, mort à Dunkerque.

M. H. Desgeorges, médecin auxiliaire au 2e régiment de zouaves.

M. Henri Camo, médecin major au 68e régiment d'infanterie.

M. Bonhomme, médecin principal.

M. Raymond Gauchon, médecin aide-major au 49e régiment d'artillerie.

M. Grandjean, médecin auxiliaire, mort à Montdidier des suites de ses blessures.

M. Adler, interne des hôpitaux de Paris, médecin auxiliaire au 51e régiment d'infanterie, tué à Vienne-le-Château (Marne).

M. Bréger, médecin auxiliaire, tué à Hermenonville, près de Reims.

M. Fumet, médecin auxiliaire, interne des hôpitaux de Paris.

M. Raymoud Gaignard, médecin aide-major de réserve au 77e régiment d'infanterie.

M. Gruyer, médecin-major au 153e régiment d'infanterie, mort à l'hôpital de Nancy.

M. Collet, médecin-major, fusillé par les Allemands

M. Duvernois, médecin auxiliaire, des groupes de brancardiers de la 39e division.

M. Chier, interne à l'hôpital St.-Joseph, médecin auxiliaire au 304e régiment d'infanterie.

M. Vallez, mort à l'hôpital militaire d'Amiens.

M. D. Bertrand, médecin auxiliaire au 350e régiment d'infanterie.

M. Simonin, médecin aide-major au 167e régiment d'infanterie.

M. Camus, médecin aide-major au 167e régiment d'infanterie.

M. Verne, médecin aide-major au 16e bataillon de chasseurs.

M. Vaissière, assassiné par les Allemands.

M. Sédillot, assassiné par les Allemands.

M. Bernard Gabriel, médecin auxiliaire au 50e régiment d'infanterie.

M. Orlanducci, médecin auxiliaire au 7e régime n de génie, tué à Florent-en-Argonne.

Les Décorés

LÉGION D'HONNEUR

Officier : M. Darde, médecin principal de 1re classe.

M. Clavelin, médecin principal de 1re classe.

M. Dercle, médecin-major de 1re classe, chef de service au 28e régiment d'infanterie.

M. Arnaud (Odilon), médecin principal de 2e classe.

M. Delmas, médecin-major de 1re classe, chef du service de santé au 102e régiment d'infanterie.

M. Labanowski, médecin principal de 2e classe.

M. Bar, médecin-major de 1re classe au 127e régiment d'infanterie.

M. Frilet, médecin principal de 2e classe.

M. Julien (Léon), médecin-major de 1re classe.

M. Barbes, médecin principal de 1re classe.

M. Maugeard, médecin principal de 2e classe.

M. Duval, médecin principal de 1re classe.

M. Méchin, médecin-major de 1re classe au 32e régiment d'infanterie.

M. Gruet, médecin principal de 1re classe.

M. Simon, médecin principal de 1re classe (Tunisie).

M. Dupart, médecin principal adjoint au directeur du Service de santé (ministère de la Guerre).

M. Hutre, médecin-major de 1re classe.

M. Arnould, médecin-major de 1re classe.

M. Grognier, médecin principal de 2e classe des troupes coloniales (18e région).

Chevalier. — M. Oui (J.), médecin-major de 1re classe au 19e régiment d'infanterie.

M. Plisson, médecin-major de 2e classe, chef ambulance nº1.

M. Thiébaut, médecin-major de 1re classe.

M. Lévy, médecin-major de 2e classe, chef de l'ambulance nº 3.

M. Delbru, médecin-major de 2e classe, 8e régiment de tirailleurs.

M. Nimier, médecin-major de 1re classe, 85e régiment d'infanterie.

M. Cochois, médecin aide-major de 1re classe au 173e régiment d'infanterie.

M. Abel, médecin-major de 2e classe au 356e régiment d'infanterie.

M. Coffard, médecin aide-major de 1re classe au 65e bataillon de chasseurs à pied.

M. Vergne, médecin-major de 2e classe au 30e régiment d'infanterie.

M. Pla, médecin-major de 1re classe au 134e régiment d'infanterie.

M. Bellot, médecin-major de 2e classe au 319e régiment d'infanterie.

M. Bertrand, médecin-major de 1re classe, chef de l'ambulance nº 9.

M. Tellier, médecin-major de 2e classe au 158e régiment d'infanterie.

M. Bierer, médecin-major de 1re classe.

M. Vigne, médecin-major de 1re classe au 31e régiment d'infanterie.

M. Le Gorgeu, médecin-major de réserve de 2e classe au 2e régiment d'infanterie coloniale.

M. Mathieu, médecin-major de 1re classe au 3e régiment de tirailleurs.

M. Viry, médecin-major de 1re classe au 26e régiment d'infanterie.

M. de Coopman, médecin-major de 2e classe, territorial, médecin chef de service au 350e régiment d'infanterie.

M. Sallet, médecin-major de 1re classe, médecin chef, groupe de brancardiers.

M. Daleas, médecin aide-major de 1re classe au 88e régiment d'infanterie.

M. Saquépée, médecin-major de 1re classe, chef de l'ambulance nº 11.

M. Allard, médecin-major de 2e classe, chef du service pour l'ensemble du régiment.

M. Dircks-Dilly, médecin aide-major de 2e classe, 2e régiment de marche de la 3e brigade du Maroc.

M. Ponsot, médecin-major de 1re classe au 39e régiment d'infanterie.

M. Bertrand, médecin-major de 2e classe, division du Maroc.

M. Faivre, médecin-major de 1re classe, ambulance nº 13.

M. Rauzy, médecin-major de 2e classe, au 125e régiment d'infanterie.

M. Ardoin, médecin-major de 1re classe, groupe de brancardiers.

M. Chambon, médecin-major de 2e classe au 90e régiment d'infanterie.

M. Arnould, médecin de 2e classe, auxiliaire.

M. Alfred Rocheblave, médecin-major de 2e classe de réserve.

M. Espagnon, médecin aide-major de 2e classe de réserve au 16e régiment d'artillerie.

MÉDAILLE MILITAIRE

M. Devuns, médecin auxiliaire au 38e régiment d'infanterie.

M. Mercier, médecin auxiliaire au 121e régiment d'infanterie.

M. Marcel Robineau, médecin auxiliaire au 274e régiment d'infanterie.

M. Derrieu, médecin auxiliaire au 8e régiment de tirailleurs indigènes.

M. Perrin, médecin auxiliaire de réserve au 159e régiment d'infanterie.

M. Amyot, médecin auxiliaire au 1er bataillon de chasseurs.

M. Boudeille, médecin auxiliaire de réserve au 54e bataillon de chasseurs alpins.

M. Perrin, médecin auxiliaire, pilote d'escadrille.

M. de Kernafflen de Kergoz, médecin auxiliaire du service de santé du corps colonial.

M. Schmitt, médecin auxiliaire au 4e bataillon de chasseurs à pied.

M. Etienne, médecin auxiliaire de réserve au 79e régiment d'infanterie, 1er bataillon.

Citations à l'Ordre de l'Armée

M. Chevassu de Périgny, médecin-major de 1re classe, chef des Services sanitaires de la 34e brigade d'infanterie.

MM. Claret, médecin-major de 2e classe, du 30e régiment d'infanterie ; de Médeville, médecin aide-major de réserve, de l'ambulance nº 1 de la 58e division de réserve ; Guy, médecin auxiliaire, du 52e régiment d'infanterie.

M. Cremillon, médecin-major de 1re classe, du groupe de brancardiers divisionnaire de la 31e division.

MM. Rais, médecin aide-major au 56e régiment d'infanterie ; Pautrier, médecin-aide-major au 1er régiment d'artillerie.

MM. Devuns, médecin auxiliaire au 38e régiment d'infanterie ; Mercier, médecin auxiliaire au 121e régiment d'infanterie.

MM. Chaiseray, médecin-aide-major au 130e régiment d'infanterie ; Membrey, médecin aide-major du groupe de brancardiers de la 71e division.

M. Julia, médecin-aide-major de 1re classe de réserve.

M. Moulonguet, médecin auxiliaire au 18e bataillon de chasseurs.

M. Martin, médecin-major au 10e ré. d'infanterie.

MM. Plisson, médecin-major de 2e classe au 50e régiment d'infanterie ; Levy, médecin-major de 2e classe au 30e régiment d'infanterie.

M. Berthollet, médecin-aide-major au 30e régiment d'infanterie.

M. Spire, médecin-aide-major de 1re classe au 150e régiment d'infanterie.

M. Vincent, médecin aide-major de 2e classe de réserve, direction Service de Santé.

M. Retournard, médecin-aide-major de 1re classe de territoriale, médecin chef de l'hospice militaire de Baccarat.

M. Proust, médecin-major de 2e classe, hôpital temporaire nº 1.

M. Marion, médecin auxiliaire, hôpital temporaire nº 1.

M. Cassan, médecin de 1er classe au 38e régiment d'infanterie.

M. Dupuy, médecin-aide-major de 1re classe de réserve au 57e régiment d'infanterie.

M. Schneider, médecin-major du 28e régiment d'infanterie.

M. Splinder, médecin-major de 2e classe au 43e régiment d'infanterie.

M. Roshem, médecin-major de 2e classe au 127e régiment d'infanterie.

ÉCHOS

Visite aux régions dévastées.

Une mission composée de M. Brisac, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques ; des Drs Jules Renault, Poitevin et Labbé, conseillers techniques sanitaires du ministère de l'Intérieur ; de MM. Martel, l'éminent géologue, et Pélissier, inspecteur général des améliorations agricoles, tous deux délégués par le ministre de l'Agriculture, et à laquelle s'est joint le Dr Doizy, député, délégué à cet effet par la Commission parlementaire des représentants des départements envahis, visite en ce moment les départements qui ont été le théâtre des opérations militaires.

Cette mission a pour but de se rendre compte sur place des mesures que comporte l'intérêt de la santé publique et en même temps d'étudier les prescriptions qu'il convient d'édicter pour que la reconstitution des localités dévastées ne puisse se faire que dans des conditions d'hygiène nettement déterminées.

Tous les patentés mobilisés sont exonérés de la patente.

Divers groupements professionnels se sont préoccupés de savoir si ceux de leurs adhérents qui ont dû cesser d'exercer leur profession pendant la guerre pourront néanmoins être tenus, en 1915, au paiement de la contribution des patentes.

Le ministre des Finances a décidé que tous les patentables dont les établissements se sont trouvés fermés au 1er janvier de l'année courante, par suite de circonstances se rattachant directement à l'état de guerre (appel de l'intéressé sous les drapeaux, mobilisation de son personnel, etc.), devront bénéficier de l'exemption d'impôt pour les mois de la dite année pendant lesquels ils n'auront pu exercer leur profession.

Cette décision s'applique, bien entendu, aux avocats, médecins et autres personnes exerçant une profession libérale.

Des instructions ont été adressées au service des contributions directes pour que les dégrèvements auxquels auront droit, de ce chef, les patentables compris dans les rôles soient prononcés d'office, c'est-à-dire sans que les intéressés soient astreints à présenter aucune réclamation.

La liquidation des dégrèvements sera effectuée au moment de la réouverture des établissements, si l'exercice de la profession est repris en 1915, et, dans le cas contraire, la décharge complète de l'impôt sera accordée en fin d'année.

Les contribuables appelés à bénéficier d'une exonération de patente, dans les conditions ci-dessus indiquées, seront d'ailleurs signalés aux percepteurs, afin qu'aucune poursuite ne soit engagée contre eux, tant que leur situation ne sera pas définitivement réglée.

Seront également alloués d'office, en ce qui concerne la taxe des prestations, les dégrèvements motivés par des faits résultant de la mobilisation et de l'état de guerre.

Traitements physico-thérapiques.

Le Dr J. Rivière prie ses confrères des Hôpitaux et Ambulances de lui envoyer les militaires dont les pieds ont été gelés au cours de la campagne, afin de les faire bénéficier de ses traitements physiques : les effluves de haute fréquence et la vibrothérapie en particulier. Ces malades sont traités à titre gracieux dans son Etablissement Physicothérapique, 25, rue des Mathurins, Paris.

86e Année (Série XIVe) — No 264 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 24 Mars 1915

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram } 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne } 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Prés. de cl. Expos. Gand 1913

Ancienne *Gazette de Santé*
(142e Année)

Sommaire du Numéro du 24 Mars 1915

ÉCHOS

Légion d'honneur.

Nous relevons avec grand plaisir, à l'*Officiel*, la suivante mention : Sont inscrits au tableau spécial de la Légion d'honneur (réserve et armée territoriale), à compter du 23 janvier 1915,pour chevalier :

~~M. Monprofit (J.-A.), médecin-major de 1re classe,~~ chef de l'ambulance 14/IX. (Services remarquables. Met au service de nos blessés sa haute valeur chirurgicale et demande à faire partie des formations actives.)

Dès le premier jour de la mobilisation, le professeur Monprofit, que la *Gazette médicale de Paris* s'honore de compter parmi les membres de son comité de direction scientifique, s'était en effet empressé de se mettre à la disposition du ministre de la guerre. Son offre ayant été immédiatement agréée, il fut nommé médecin directeur d'une ambulance, où, soit à l'armée de l'Est, au début de la guerre, soit actuellement à l'armée du Nord, il a reçu et soigné des centaines de « grands blessés ».

Les lecteurs de ce journal, nous n'en saurions douter, seront tous unanimes pour se joindre à nous en vue d'adresser à notre éminent collaborateur l'expression de leurs très vives et très sincères félicitations.

Lexique médico-militaire allemand de l'Urodonal.

L'Urodonal vient d'avoir la très heureuse idée de publier un important lexique médical franco-allemand, rédigé par un médecin-major de 1re classe et contenant la *prononciation allemande très exacte.*

Il permet au médecin d'interroger un blessé allemand (et, à ce titre, il sera également utile à nos confrères de l'intérieur); il contient les phrases utiles pour installer une ambulance ou une formation sanitaire en pays ennemi et tous les renseignements que l'on peut demander pour se diriger si on est isolé. Une petite grammaire et un vocabulaire étendu complètent cet ouvrage qui sera envoyé gratuitement et franco aux confrères qui le demanderont aux Etablissements Chatelain, 2, rue de Valenciennes, Paris (10e). Indiquer l'adresse très exacte et le nombre d'exemplaires utiles.

Nous croyons que l'initiative prise par l'urodonal sera unanimement approuvée par nos confrères. Nous pensons que ce précieux lexique pourra leur rendre des services signalés.

La relève des médecins de complément.

L'attention du général commandant en chef a été appelée sur l'intérêt qu'il y aurait à donner satisfaction, dans toute la mesure compatible avec les besoins du service, aux demandes formulées par les médecins de complément âgés ou fatigués en vue d'être remis à la disposition du ministre. D'autre part, les médecins des réserves évacués pour blessure ou maladie, ou rentrés de captivité, sont en général affectés à des services du territoire et remplacés aux armées par des médecins n'ayant pas encore fait campagne. Un grand nombre de médecins ont ainsi quitté le front depuis le début des opérations.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux médecins de l'armée active, dont la place est aux armées.

Un monument au docteur Emile Reymond.

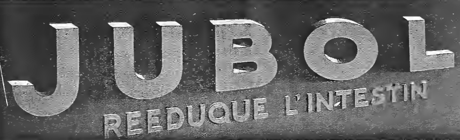
On se souvient de la mort glorieuse et tragique du docteur Emile Reymond, sénateur de la Loire et chirurgien de la maison départementale de la Seine, cet apôtre de l'aéronautique, qui partit pour le front comme pilote et observateur en aéroplane, à l'âge de quarante-neuf ans et fut tué au cours d'une reconnaissance aérienne après avoir été cité deux fois à l'ordre du jour et décoré de la Légion d'honneur. Un comité vient de se former, sous le haut patronage du président de la République, pour lui élever un monument. Ce comité réunit des hommes politiques, des officiers et des techniciens sous la présidence d'honneur de MM. Antonin Dubost, président du Sénat, Paul Deschanel, président de la Chambre des députés, et Millerand, ministre de la guerre, et sous la présidence effective du général de Lacroix, ancien généralissime.

La souscription publique est ouverte chez M. A. Michelin, trésorier du comité, boulevard Pereire, 105.

Les maisons allemandes séquestrées.

Laboratoire des produits Bayer, 32, rue Sedaine (Séquestre : M. Gatté).

Knoll et Cie, produits pharmaceutiques, 94, rue Legendre (Séquestre : M. Gatté).



Les Médecins et la Guerre

Suite

(Nous déclinons toute responsabilité au sujet des erreurs qui pourraient se trouver dans cette liste).

Les Morts

M. Vétault, médecin-major au 66e régiment d'infanterie.
M. Jean Delucarle, médecin aide-major.
M. Henri Julien, médecin auxiliaire au 49e régiment d'artillerie.
M. Henri Paul Gervais, médecin de 1re classe.
M. Marty, médecin-major de 1re classe.
M. Marcel Vincotte, médecin auxiliaire au 72e régiment d'infanterie.
M. Georges Salle, médecin inspecteur, mort à Dunkerque le 25 janvier.
M. Henri Didier, médecin aide-major de 1re classe au 91e régiment d'infanterie.
M. Louis Colonna, médecin-major de réserve des troupes alpines.
M. Obéléane, médecin-major de 1re classe au 20e bataillon de chasseurs à pied.
M. Henri-Emile Didier, médecin aide-major de 1re classe au 91e régiment d'infanterie.

Les Décorés

LÉGION D'HONNEUR

OFFICIERS. — M. Bucher, médecin aide-major de 2e classe au gouvernement militaire de Belfort.
M. Capillery, médecin-major de 1re classe au 6e régiment de zouaves de marche.
M. de Jollinière, médecin-major de 1re classe au 3e régiment de tirailleurs algériens.
M. Gerbaux, médecin-major de 1re classe au 46e régiment d'infanterie.

CHEVALIERS. — M. Dubousquet-Laborderie, médecin-major de 1re classe, ambulance no 10 du 12e corps d'armée.
M. Lévêque, médecin aide-major de 1re classe au 227e régiment d'infanterie.
M. Laurent, médecin-major de 2e classe, médecin chef du train sanitaire 4/6.
M. Ehringer, médecin-major au 139e régiment d'infanterie.
M. Delobel, médecin-major de 2e classe, à l'hôpital temporaire no 15.
M. Regaud, médecin-major de 2e classe, chef de l'hôpital d'évacuation de Gerardmer.
M. Marcombes, médecin-major de 2e classe, chef de l'ambulance no 8.
M. Lemeignen, médecin-major de 2e classe, chef de l'ambulance no 4 des 11e corps d'armée.
M. Launay, médecin-major de 1re classe, chef de l'ambulance no 3.
M. Savy, médecin-major de 2e classe, ambulance no 6.
M. Lozé, médecin-major de 2e classe, chef de l'hôpital de Ligny-en-Barrois.
M. Monprofit, médecin-major de 1re classe, chef de l'ambulance 14/IX.
M. Culan, médecin-major de 1re classe, chef de l'hôpital temporaire no 10 à Amiens.
M. Blasy, médecin aide-major au 10e régiment de bussards.
M. Lapeyre, médecin-major de 2e classe, chef de l'ambulance no 4.
M. Drouard, médecin-major de 2e classe au régiment de marche de spahis.
M. Peugniez, médecin principal de 2e classe à la 81e division territoriale.
M. Dreyfus, médecin-major de 2e classe, service médical du grand quartier général.
M. Cuny, médecin aide-major de 2e classe au Maroc.
M. Lafitte, médecin aide-major de 2e classe, 18e région.
M. Rouveix, médecin-major de 2e classe, 18e région.
M. Le Lan, médecin-major de 1re classe, Indo-Chine.
M. Richard, médecin-major de 2e classe, 5e région.
M. Christan, médecin-major de 2e classe au gouvernement militaire de Paris.
M. Buret, médecin-major de 2e classe au gouvernement militaire de Paris.
M. Barillet, médecin aide-major de 1re classe, 6e région.
M. Loubet, médecin aide-major de 1re classe.
M. Olivier, médecin aide-major de 1re classe au groupe de renforcement du 55e régiment d'artillerie.
M. Festal, médecin-major de 2e classe, 18e région.
M. Braun, médecin-major de 2e classe territorial à l'hôpital militaire de Belfort.

MÉDAILLES MILITAIRES

M. Mathieu, médecin auxiliaire au 18e régiment d'infanterie.

Citations à l'Ordre de l'Armée

MM. Grisot, médecin auxiliaire de la 60e division de réserve; Montuan, médecin auxiliaire de la 60e division de réserve.
M. Lecaplain, médecin-aide-major de 2e classe de réserve au 274e régiment d'infanterie.
M. Fiole, médecin auxiliaire au 4e régiment d'infanterie coloniale.
M. Dassy, médecin auxiliaire au 7e régiment d'infanterie coloniale.
MM. Monot, médecin auxiliaire au 21e régiment d'infanterie coloniale; Phipps, médecin auxiliaire au 21e régiment d'infanterie coloniale; Arrighi, médecin auxiliaire au 21e régiment d'infanterie coloniale.
M. Sorel, médecin-major de 1re classe au 23e régiment d'infanterie coloniale.
M. Tramini, médecin auxiliaire au 23e régiment d'infanterie coloniale.
MM. Le Coty, médecin auxiliaire au 3e régiment d'artillerie coloniale; Quirriec, médecin auxiliaire au 3e régiment d'artillerie coloniale.
M. Reymond, médecin-major de 1re classe de réserve, observateur en aéroplane.
M. Pourcine, médecin-major de 3e classe, 5e division de cavalerie.
M. Cazeneuve, médecin-major de 2e classe au 344e régiment d'infanterie.
M. Legras, médecin-aide-major de 2e classe de réserve du 155e régiment d'infanterie.
M. Azaïs, médecin-major de 1re classe du 135e régiment d'infanterie.
M. Lemerle, médecin-aide-major de réserve au 51e régiment d'artillerie.
M. Saulay, médecin-major de 1re classe, chef de service au 126e régiment d'infanterie.
M. Obelianne, médecin-aide-major de 1re classe de réserve du 20e bataillon de chasseurs à pied.
M. Couffon, médecin-aide-major de 1re classe au 177e régiment d'infanterie.
M. Vignal, médecin auxiliaire au 50e régiment d'infanterie; M. Contamin, soldat, étudiant en médecine au même régiment.
M. Grandjean, médecin auxiliaire de réserve au 160e régiment d'infanterie.
M. Costa, médecin aide-major de 1re classe de réserve au 1er régiment de zouaves de marche.
M. Pourcine, médecin-major de 2e classe au 16e régiment de dragons.
M. Viallet, médecin-major de 1re classe au 211e régiment d'infanterie.
M. Bloch, médecin-major de 2e classe, au 28e bataillon de chasseurs.
M. Romieu, médecin-major de 2e classe au 22e bataillon de chasseurs.
M. Tardos, médecin-major de 1re classe au 11e régiment d'infanterie.
M. Delanglade, médecin-major de 2e classe, du groupe du 58e régiment d'artillerie.
M. Viry, médecin-major de 1re classe au 26e régiment d'infanterie.
M. Savy, médecin-major de 2e classe de réserve, médecin-chef de l'ambulance no 6 du 4e corps d'armée.
M. Launay, médecin-major de 1re classe, médecin-chef de l'ambulance no 5, du 4e corps d'armée.
M. Delmas, médecin-major de 1re classe au 102e régiment d'infanterie.
M. Cenéo, médecin-major de 1re classe de la place de Verdun.
M. Ombrédanne, médecin-major de 1re classe de la place de Verdun.
M. Dupuy, médecin-aide-major de 2e classe.
M. Decq, médecin-aide-major de 1re classe de réserve.
M. Grou, médecin-aide-major de 1re classe de réserve.
M. Lutaud, médecin-aide-major de 2e classe de réserve au 21e régiment d'infanterie.
M. Ducluzeaux, médecin-aide-major de 1re classe au 4e régiment de zouaves.
M. Prevel, médecin-aide-major de 2e classe de réserve au 202e régiment d'infanterie.
M. Paloque, médecin-major de 2e classe.
M. Colonna, médecin-major de 2e classe, chef de l'ambulance alpine 1/75.
M. Vallet, médecin auxiliaire au 351e régiment d'infanterie.
M. Azemar, médecin-major de 2e classe au 214e régiment d'infanterie.
M. Clavelin, médecin principal de 1re classe, médecin chef des étapes d'une armée.
M. Patris de Broé, médecin principal de 2e classe, médecin divisionnaire de la 53e division de réserve.
M. Lefebvre, médecin-major de 1re classe, médecin chef du groupe de brancardiers de la 8e division d'infanterie.
M. Fohanno, médecin-major de 1re classe, médecin-chef du groupe de brancardiers de la 7e division d'infanterie.
M. Bernardy, médecin principal de 2e classe, chef du service de santé de la 7e division d'infanterie.
M. Trassagnac, médecin-major de 1re classe, chef de service au 104e régiment d'infanterie.
M. Silvestre, médecin-major de 1re classe.
M. Chassin, médecin aide-major au 24e régiment d'infanterie.
M. Maire, médecin aide-major au 24e régiment d'infanterie.
M. Gerbaux, médecin-major au 46e régiment d'infanterie.
Henriot, médecin-major de 2e classe, médecin chef de la 10e division d'infanterie.
M. Borrel, médecin auxiliaire de réserve de la 15e division d'infanterie.
M. Amynot du Chatelet, médecin principal de 2e classe de la 5e division.
M. Cadiot, médecin-major de 1re classe au 161e régiment d'infanterie.
M. Chenet (Henri), médecin auxiliaire au 5e régiment du génie.
M. Debienne, médecin aide-major de 1re classe au 45e régiment d'artillerie.
M. Guérain, médecin aide-major de 2e classe au 210e régiment d'infanterie.
M. Lemaire, médecin aide-major de 2e classe au 13e régiment d'infanterie.
M. Paris, médecin-major de 2e classe au 225e régiment d'infanterie.
M. Miorcec, médecin-major de 2e classe au 318e régiment d'infanterie.
M. Arlabosse, médecin-aide-major de 2e classe du groupe de brancardiers de la 9e division d'infanterie.
M. Geraudie, médecin-aide-major de 2e classe au 173e régiment d'infanterie.
M. Lecercle, médecin-major de 2e classe au 210e régiment d'infanterie.
M. Grimaud, médecin auxiliaire à la 55e division de réserve.
M. Jacobson, médecin-aide-major de 2e classe à la 55e division de réserve.
M. Reverdy, médecin-aide-major de 2e classe au 315e régiment d'infanterie.
M. Poty, médecin auxiliaire au 317e régiment d'infanterie, élève du Service de Santé militaire.

(Voir la suite page VII.)

LA TECHNIQUE DE L'APPAREIL DE STORE
pour
l'Immobilisation des Fractures des Membres
EN TEMPS DE GUERRE

Par MM. les Drs Paul Sourdat (d'Amiens) (1)
et Bricout (de Beauvois-en Cambrésis)

Depuis que notre confrère Perdu (d'Amiens) a rappelé l'attention, il y a quelques années, dans un article de « La Clinique », sur l'emploi du store dans le traitement des fractures, j'ai couramment employé, en temps de paix, cet excellent appareil, seul ou associé à l'extension continue. Chargé des fractures, à l'ambulance, j'ai eu recours au store, à l'exclusion de tous les appareils, gouttières en zinc ou en treillis, attelles, treillis métalliques, que comporte le matériel sanitaire.

Il a sur eux l'avantage d'être léger, peu encombrant, peu coûteux ; il est aisé de s'en réapprovisionner en cours de route dans un hazar ou chez un tapissier ; il est facile à tailler avec une paire de ciseaux forts — ceux de la trousse à pansements ; il est amovible, détail important puisque nos fractures sont presque toutes des fractures ouvertes ; enfin, le store fournit des appareils de toutes les dimensions, à la mesure exacte de tous les membres blessés, qui sont tenus au contraire de s'adapter, quels que soient leur longueur, leur diamètre ou le volume de leur pansement, à l'uniforme modèle réglementaire.

Tous ceux qui m'ont vu employer le store en ont de suite compris et apprécié l'intérêt et la supériorité ; certains aussi l'ont utilisé.

Mais, j'ai pu constater que tous n'avaient pas appris à l'employer ; quelques-uns avaient négligé, en l'appliquant, des détails essentiels ou omis certains principes fondamentaux de l'immobilisation des fractures. Je crois donc faire œuvre utile en décrivant la technique de l'application des stores pour ceux qui ne la possèdent pas encore à fond et en vulgarisant l'emploi de cet appareil, qui peut — et qui doit, à mon avis — remplacer avantageusement tous ceux mis à notre disposition en temps de guerre.

Fonctionnant dans une formation de l'avant, je n'ai pas eu à l'utiliser comme appareil définitif. Associé à l'extension continue, il peut en effet rendre des services à l'arrière pendant la réparation du foyer de fracture. Je ne l'envisage ici que comme appareil d'immobilisation, pour « emballer » les fractures et en permettre l'évacuation rapide, sans danger et sans douleurs. J'ai pu constater qu'il réalise cette immobilisation de façon parfaite, idéale, même dans le cas de fracture des deux fémurs.

J'ai pu faciliter l'intelligence de mes descriptions par quelques figures, grâce au talent de mon collègue Bricout (de Beauvois); je l'en remercie très cordialement.

Matériel nécessaire. — J'ai dit qu'on trouve partout des rouleaux de store ; on pourrait au besoin en dépendre aux fenêtres ! En temps de paix, je prohibe le store *vert*, peint au plomb et imperméable aux rayons X. En campagne, ce store vert, plus commun, moins coûteux, est plus facile à trouver partout. Il en faut des rouleaux d'au moins 1 m. 15 ou 1 m. 20 de largeur, pour les fractures du fémur ; on peut avoir des rouleaux moins larges, de 90 ou 80 centimètres, pour les fractures de jambe. Les attelles pour le membre supérieur sont taillées dans ces derniers, ou dans les déchets de l'appareil de cuisse.

L'ambulance met à notre disposition de l'ouate, en nappes ou en bandes, excellente pour rembourrer les appareils. Pour les fixer, de longues bandes de toile ou de tarlatane apprêtée sont parfaites, mais nous font souvent défaut ; je ne les emploie donc que pour les membres supérieurs. Pour les membres inférieurs, j'obiens une excellente fixation avec les *lacs de treillis* que comporte le matériel de l'ambulance ; l'appareil n'en est que plus rapidement amovible.

Voici maintenant la manière détaillée d'appareiller chaque membre ou segment de membre, une fois le pansement de la plaie terminé.

Fracture de Jambe. — L'attelle doit déborder la plante du pied de 5 à 6 centimètres, le



Fig. 1. — Préparation de l'attelle de store (appareil de jambe). Le store est employé en double épaisseur. L'attelle est rembourrée d'une nappe de coton qui la déborde légèrement ; cette nappe est repliée sur elle-même pour former double coussin sous le talon, tandis que le store débordera la plante du pied.

genou de deux bons travers de main ; longueur moyenne : 80 centimètres. Sa largeur sera suffisante pour qu'elle enveloppe le pied, jusqu'à la racine des orteils ; ceci est essentiel pour conserver au membre la bonne direction que lui imprime forcément, par son élasticité, le store bien appliqué ; largeur moyenne : 50 centimètres.

L'attelle doit être en *double épaisseur*. (Fig. 1).

Ainsi taillée, elle sera trop large au-dessus des malléoles ou sous le genou : on tourne cet inconvénient en roulant ou en repliant encore sur eux-mêmes les bords, ce qui augmente la rigidité de l'attelle.

Etendez sur elle une nappe entière de coton, tout préparé entre deux feuilles de gaze ; si elle déborde l'attelle, repliez-la sous le talon ; sinon, disposez sous ce dernier deux épaisseurs supplémentaires de coton pour éviter toute pression douloureuse. Il faut encore se réserver un peu de coton pour atténuer les pressions sur les bords du pied et sous les lacs. Préparez 3 de ces lacs.

La plaie une fois pansée, la nappe de coton et les coussins sous-calcanéens disposés sur l'attelle, un aide exerce sur le pied une traction douce et continue pour mettre la jambe en rectitude, corriger la rotation et diriger la pointe du pied vers le plafond. Il soulève en même temps la jambe assez pour permettre au chirurgien de glisser en dessous l'attelle garnie : on laisse alors reposer doucement sur la table l'attelle et la jambe à la fois.

Fig. 2. — L'appareil de jambe terminé : l'attelle déborde la plante du pied et le genou ; la nappe de coton la déborde à son tour en haut. Remarquer comment le store épouse la forme du membre. Les bords de l'attelle sont rebroussés pour lui donner la largeur voulue en chaque point. Elle est fixée par trois lacs, matelassés d'ouate.

Pendant que l'aide maintient la traction sur le pied, ramenez, autour des malléoles et sur les bords du pied les deux côtés de la partie inférieure de l'attelle ; un second aide ramène de part et d'autre du genou les deux côtés de la partie supérieure. Glissez alors un lac sous la région sus-malléolaire, la boucle en dehors et en bas, l'extrémité libre passant de bas en haut, puis de dedans en dehors (j'insiste sur cette direction à donner au lac ; elle facilite le bon enveloppement et le serrage de l'appareil). Pendant que le second aide maintient entre deux doigts bien serrés les bords de l'attelle en contact en avant du tibia, bouclez et serrez fortement le lac ; la largeur de l'attelle est suffisante pour qu'à ce niveau, ses bords, même rebroussés, se touchent ; le tibia n'est donc pas comprimé ; du reste la lame de coton, qui déborde aussi la circonférence de la jambe matelasse la crête tibiale.

Passez et serrez ensuite de même le lac supérieur, qui doit être placé au-dessus du genou. Disposez encore entre la face antérieure de la cuisse et le lac un matelas supplémentaire d'ouate, d'autant plus utile que l'attelle débordant plus le membre en cet endroit, le lac comprimerait directement, et douloureusement, la peau. Il n'y a pas à craindre de comprimer les vaisseaux fémoraux : la rigidité du store qui fait le tour du membre rend toute crainte à cet égard superflue.

Reste à placer le 3e lac, au quart supérieur de la jambe, sous l'articulation du genou. N'oubliez pas de matelasser la face antérieure du tibia.

L'appareil, ainsi construit, dépassant largement le pied et le genou, immobilise parfaitement le segment fracturé. Le pied, maintenu par deux expansions latérales larges, n'a pas tendance à tomber en dehors ou en dedans.

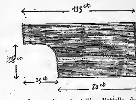


Fig. 3. — La manière de tailler l'attelle de cuisse ; ses dimensions.

Aucune pression n'est douloureuse si le talon, les bords du pied, la crête tibiale, sont duement rembourrés d'ouate. Enfin, l'appareil bien serré *se moule*, grâce à la souplesse du store, en se déprimant et se plissant sous les lacs. S'il est double, sa rigidité est suffisante, surtout si les bords en ont été repliés ou roulés, à l'extrémité inférieure de la jambe et de chaque côté du genou. Rien n'empêcherait d'ailleurs, chez un sujet particulièrement grand et musclé, de tripler l'épaisseur de l'attelle.

Fracture du Fémur. — L'attelle doit être assez longue pour déborder en bas le pied d'un travers de main environ, et remonter au delà des crêtes iliaques et même jusqu'au rebord costal : elle aura en moyenne 1 m. 20, c'est-à-dire la longueur du plus grand rouleau de store.

La largeur de l'attelle permettra d'entourer complètement la cuisse recouverte de son pansement. Au moment de serrer les lacs, les bords de l'attelle seront rabattus, pour éviter qu'ils ne se touchent et pour augmenter la rigidité de l'appareil : largeur moyenne : 55 centimètres.

Sur l'attelle *doublée*, il faut tailler une échancrure, correspondant à la racine de la cuisse et au périnée, comme l'indique la figure 3. Le bord inférieur de l'échancrure doit arriver à un travers de doigt au-dessous du pli génitocrural, pour que la cuisse entière soit maintenue aussi près que possible de sa racine.

Rembourrez l'attelle avec une ou deux nappes

(1) Cet article était écrit en septembre 1914, au début de la campagne. Il ne m'a pas été possible de le publier aussi tôt que j'aurais voulu.

de coton. Veillez à ce qu'elles débordent de 2 ou 3 travers de doigt les bords de l'attelle correspondant au pli génito-crural et à la fesse. Rembourrez doublement le talon, les bords du pied, la partie haute et externe de l'attelle qui appuie sur la crête iliaque.

Le pansement de la plaie terminée, faites exercer sur le pied une traction continue pour corriger la rotation exerne et, dans la mesure du possible, le chevauchement ; soulevez ensuite légèrement la jambe et la cuisse, pendant qu'un second aide soulève le bassin à deux mains. Vous glissez l'attelle garnie sous le membre, en l'engageant bien à fond jusqu'au pli génito-crural. Vous laissez alors reposer doucement le membre sur l'attelle.

Relevez de part et d'autre de la cuisse et du pied les bords de l'attelle pour maintenir le membre en rectitude, enroulez ou repliez, sur deux doigts de largeur, les deux bords, puis, les rapprochant, vous fixez l'attelle, comme pour la fracture de jambe, par 3 ou 4 lacs, passés

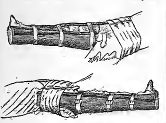


Fig. 4. — L'appareil de cuisse, vue externe et vue interne. L'échancrure figurée en 3 s'engage sous la fesse et le pli génito-crural, la cuisse est enveloppée, le prolongement externe remonte jusqu'au bord inférieur du thorax, débordant largement la crête iliaque. L'appareil enveloppe le pied comme l'appareil de jambe. 3 lacs fixent la jambe et la cuisse, un large bandage fixe le bassin.

l'un, au-dessus des malléoles, le second, sous le genou, le troisième, aussi haut que possible, à la racine de la cuisse un quatrième si besoin est au-dessus du genou. N'oubliez pas de rembourrer la crête tibiale ou la face antérieure de la cuisse, sous les lacs. Serrez ceux-ci lentement et progressivement, assez pour que le store se moule sur le membre ; la pression est toujours bien supportée grâce à la rigidité du store qui la distribue régulièrement sur toute la circonférence du membre en empêchant toute constriction localisée des vaisseaux.

Il reste à placer le lien supérieur, qui donne à l'attelle son point d'appui sur le bassin, *essentiel* à mon avis : c'est faute de prolonger l'attelle assez haut qu'on perd souvent tout le bénéfice de l'appareil de cuisse.

Au début, je fixais l'attelle par un lac de treillis, comme pour le bas ; mais la constriction était trop localisée, le lac serrait le ventre, il glissait vers le haut. Je le remplace maintenant avec avantage par une large bande de toile, bandage de corps, ou morceau de drap fanon plié en double ou triple épaisseur, large de deux bons travers de main. Ce bandage est glissé sous le bassin, serré fortement comme un bandage abdominal après laparotomie, et fixé avec 6 épingles doubles. Il faut interposer une ou deux couches d'ouate au niveau des crêtes iliaques.

Si le bandage tend à glisser vers le haut (ce qui arrive si l'attelle ne remonte pas jusqu'aux côtes et prend une forme conique sous la pression), il suffit de le fixer par un sous-cuisse.

En cas de fracture des deux fémurs, on applique l'une après l'autre deux attelles semblables ; un bandage unique suffit à en fixer l'extrémité supérieure.

Bricout a modifié avantageusement les appareils de jambe et de cuisse en plaçant, sur la face antérieure de l'attelle, au niveau de la fracture, une lame de store en double épaisseur, dont on imbrique les bords sous ceux de la grande attelle et qu'on fixe avec un ou deux des lacs, sur une nappe de rem-

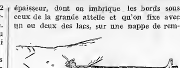


Fig. 5. — Appareil pour fracture de jambe avec attelle antérieure, formant appareil circulaire.

bourrage. Cette attelle supplémentaire, qui transforme la gouttière de store en un cylindre



Fig. 6. — Appareil pour fracture de cuisse avec attelle antérieure, réalisant l'appareil circulaire et l'immobilisation plus complète.

complet, augmente la rigidité de l'appareil. Les fig. 5 et 6 suffisent à faire bien comprendre cette modification.

Fractures du Membre supérieur. — Au membre supérieur, la nécessité de fléchir le coude pour soutenir la main ou l'avant-bras par une écharpe (évacuables assis), la difficulté d'immobiliser l'articulation scapulo-humérale, font qu'il n'est guère possible de réaliser théoriquement l'immobilisation absolue du segment fracturé avec l'attelle de store. *Pratiquement*, j'obtiens un « emballage » indolore et parfaitement suffisant avec les appareils suivants.

Fractures des os de l'Avant-Bras. — L'attelle peut être taillée ici en simple épaisseur ; elle

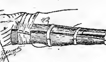


Fig. 7. — L'attelle d'avant-bras : simple épaisseur de store ; échancrure large pour le pli du coude ; petite échancrure pour le pouce.

va du pli du coude à la deuxième phalange des doigts ; son bord supérieur est échancré en demi-lune pour permettre de fléchir le coude ; elle est assez large pour faire le tour du membre (fig. 7 et 8), une échancrure étroite est faite au niveau du pouce.

Le malade étant couché, je fais pratiquer sur la main une traction continue pour amener l'avant-bras en *supination* forcée. Sur la face palmaire de l'avant-bras ainsi en supination,

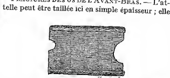


Fig. 8. — Pose de l'appareil d'avant-bras : celui-ci est maintenu en supination forcée. L'attelle est posée sur la face palmaire. Il ne reste qu'à la fixer avec une bande roulée des doigts jusqu'au coude ; l'échancrure supérieure permet la flexion de l'avant-bras, qui sera soutenu par une écharpe.

donc tournée vers le plafond, j'étends une nappe d'ouate, deux si le membre est très gonflé ou douloureux.

L'attelle est étendue sur l'ouate, et ses bords retroussés de quelques centimètres ; puis, tandis qu'un aide la maintient, j'enroule, des doigts vers le coude, une bande, de tarlatane, de toile usée ou de flanelle, qui la fixe, en serrant assez fortement pour la mouler sur le membre. Quand ceci est fait, il est facile de fléchir doucement l'avant-bras pour le soutenir dans une petite écharpe : la supination reste parfaite.

Pour parfaire la réduction en écartant l'un

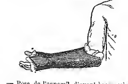


Fig. 9. — Forme de l'attelle de bras : la partie haute correspond a la face externe et postérieure ; l'échancrure correspond à l'aisselle et à la face interne.

de l'autre les deux os de l'avant-bras, on peut placer, dans l'axe du membre, sur la face palmaire, une petite attelle supplémentaire étroite, de 3 centimètres environ, faite de 3 ou 4 épaisseurs de store en escalier, qui joue le rôle de la « compresse graduée ».

Fractures de l'Humérus. — Sans être ici beaucoup meilleur que les nombreux appareils à fractures de l'humérus — tous insuffisants — le store vaut bien toutes les attelles rigides de bois, de fer ou de carton, destinées à les immobiliser.

Taillez une attelle, de simple épaisseur, couvrant le bras sur la face externe depuis l'olécrâne jusqu'au moignon de l'épaule, encerclant les 2/3 de la circonférence du membre, échancrée au niveau de l'aisselle pour passer sur la face interne du bras (fig. 9 et 10).

Les plaies pansées, l'aide saisit le coude fléchi, et tire en bas et en dehors, jusqu'à placer le bras en abduction légère en maintenant en rectitude l'axe de l'humérus. Sur une nappe de coton, l'attelle est appliquée (fig. 10) et fixée par une bande roulée de bas en haut, depuis le coude inclusivement jusqu'à la racine du membre ; il est bon de la prolonger sur le thorax, en spica de l'épaule, en cas de fracture haute ou de la tête humérale.

Je remplace souvent cette gouttière postérieure de store par deux attelles de store double, larges seulement de 3 ou 4 travers de doigt, faites avec les déchets des grands appareils de fémur. L'une de ces attelles, appliquée sur la



Fig. 10. — L'attelle de bras enroulée sur les faces externe, postérieure et interne du membre ; elle prend le coude fléchi ; elle remonte sur le moignon de l'épaule et sous l'aisselle. Elle sera fixée par des tours de bande.

face externe du bras, s'étend de l'olécrâne au bord supérieur du moignon de l'épaule ; l'autre est placée sur la face postérieure ; elle descend également sur l'olécrâne ; en haut, elle doit être taillée obliquement, en bas et en dedans, pour passer dans l'aisselle. Ces attelles sont fixées par une bande comme la gouttière.

Ainsi, la rigidité du bras cassé est obtenue. Il est ensuite fixé, contre le thorax, coude fléchi, par une écharpe triangulaire de toile bien serrée, qui enveloppe complètement le coude et prend la main tout entière.

Les *très nombreuses* fractures de l'humérus que j'ai dû appareiller, ont été parfaitement immobilisées par cet « emballage » très simple ; je m'en suis assuré auprès de mes blessés, quand l'évacuation n'était pas immédiate, les jours qui en ont suivi l'application. Je puis donc le recommander, malgré son insuffisance apparente. Il permet d'employer pour l'humérus le même matériel que pour les autres fractures, matériel dont je souhaiterais voir répandre l'usage dans les services de l'avant.

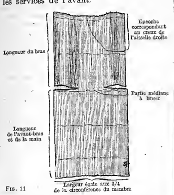


Fig. 11

Fracture du coude. — Bricout a employé, avec succès, pour immobiliser l'articulation du coude, une grande gouttière postérieure, échancrée sur ses bords à la hauteur de l'articulation, et " fracturée " de façon à se mouler sur le coude fléchi à angle droit. Les baguettes du

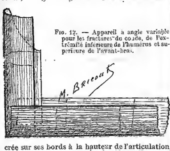


Fig. 12. — Appareil à angle variable pour les fractures du coude, de l'extrémité inférieure de l'humérus et supérieure de l'avant-bras.

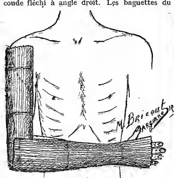


Fig. 13. — Le même appareil appliqué par des bandes en tarlatane apprêtée (non figurées pour la clarté du dessin).

store ainsi à moitié cassées conservent assez de rigidité pour assurer une immobilisation parfaite de l'article ou des os fracturés, quand cette attelle a été bien fixée avec une bande, de toile ou de tarlatane, sur le coude revêtu de son pansement (Voir fig. 11, 12 et 13).

Contribution à l'Étude de l'Action pyogène

DES

FRICTIONS A L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE

Par le Docteur Pascal SERPH

M. le Dr Chrétien, médecin-major du 22e dragons, a eu, le premier, l'idée d'attirer l'attention des médecins sur les désordres provoqués par l'absorption cutanée de l'essence de térébenthine pure. Il y a bien longtemps que j'ai observé, moi-même, plusieurs cas de phlegmons étendus des membres et du thorax survenus à la suite, non de frictions d'essence de térébenthine pure, mais, seulement, d'applications de pommades ou de liniments contenant ce produit chimique nocif.

J'avais, certes, reconnu la nécessité de signaler les propriétés irritantes et dangereuses de ces préparations pharmaceutiques ; je l'aurais fait plus tard si M. le Dr Chrétien ne m'avait, en me précédant, poussé à ajouter à ses observations les miennes.

Je profite de l'occasion qui m'est fournie par le travail de mon confrère, pour montrer que la réputation de bénignité dont jouissent certaines préparations : pommades et liniments à base d'essence de térébenthine, est contredite par l'expérience clinique. Ces médicaments possèdent tous les inconvénients pyogènes de l'essence pure.

Ainsi que le fait remarquer M. Chrétien, le diagnostic ne pourra jamais être établi si les méfaits de l'essence de térébenthine continuent à être ignorés, et, si l'on ne rapporte les accidents à leur cause exacte.

Que les propriétés nécrosantes et pyogènes de l'essence soient inconnues du médecin traitant ou que ce dernier n'y songe pas, il demeurera toujours la tendance à poursuivre l'erreur commise jusqu'à ce jour : celle de faire de ces empoisonnements thérapeutiques une conséquence d'infection endo ou exogène. On continuera d'attribuer à des microbes une action purement chimique de réaction de l'essence de térébenthine sur les principes protéiques et gras des tissus.

On a dit que les abcès de fixation et la purulence dus à ce produit sont dépourvus de germes et ne cultivaient pas. Ce seraient des abcès aseptiques.

Pratiquement, il résulte de cette remarque que des foyers purulents peuvent être créés autrement que par des microbes, c'est-à-dire : par des réactions chimiques ; cela aura certainement son importance pour les recherches à venir.

L'erreur de diagnostic, au point de vue des résultats pour le malade, pourra se montrer déplorable; surtout si, malgré l'indication réactionnelle des tissus, le médecin s'entête à poursuivre l'emploi du médicament, cause de la pyogenèse.

Pour le cas que je vais signaler et qui a causé un décès, aucun diagnostic sur les raisons des abcès constatés ne put être établi. On attribua, faute d'indications plus exactes, les collections purulentes au diabète et à l'albumine. Du sucre et de l'albumine avaient, en effet, été reconnus dans l'urine du malade. Mais, mon opinion s'était affermie bien auparavant dans l'idée de l'action nocive de l'essence de térébenthine. A partir de ce moment, je n'ai jamais hésité à reconnaître à cette substance la dangereuse propriété de produire, localement, et même, à distance, de la pyogenèse : signe d'une irritation toxique pouvant devenir mortelle.

Que l'essence de térébenthine soit employée pure, sans mélange, comme le signale le Dr Chrétien ; qu'elle soit unie à d'autres médicaments comme je le démontrerai, son action pourra, suivant le tempérament individuel et les circonstances du moment, être plus ou moins violente ; mais, elle sera souvent capable, sous certaines conditions et chez quelques sujets, de déterminer des accidents qu'il suffirait de connaître et de redouter pour les éviter.

Observation N° 1. — Homme de soixante ans environ, de constitution débile, atteint de rhumatismes chroniques, obtint de son médecin pour des douleurs qui s'étaient fixées sur un poignet, la prescription suivante :

Pommade.

Acide salicylique	3 gr.
Essence de térébenthine	6 gr.
Extrait de belladone	0 gr. 20
— d'opium	1 gr.
Lanoline	20 gr.
Vaseline	20 gr.

Usage externe.

A employer en onctions plusieurs fois par journée sur les endroits les plus douloureux.

Pendant quelques jours, tout se passa bien ; le rhumatisme même lâcha légèrement, puis, brusquement, apparut sur l'avant-bras du côté traité une tuméfaction de plus en plus prononcée et sensible. L'emploi de cette pommade n'était continué qu'à regret, car il paraissait augmenter l'inflammation et le mal. Enfin, le patient n'y tenant plus, vint à ma consultation ; je constatai, alors, un abcès phlegmoneux, remontant jusqu'à moitié de l'avant-bras. Je l'incisai ; il sortit une quantité de pus épais, lié, grumeleux, répandant nettement une odeur térébenthinée. Ce fut ce caractère, ainsi que le parfum de violette exhalé par les urines avant l'incision du phlegmon, qui guidèrent mes soupçons, du côté de la nocivité de l'essence de térébenthine.

La fièvre qui avait été très élevée pendant l'évolution phlegmoneuse baissa très lentement et la réparation des tissus, très décollés, ne se fit que tardivement et paresseusement.

Cette guérison retardée me fit analyser les urines du vieillard et je décelai du sucre en petite quantité et de l'albumine.

La présence de ces substances pathologiques ne m'empêcha pas de songer à l'irritation provenant de la pénétration à travers la peau de l'essence de térébenthine, et à lui attribuer la plus grosse part de responsabilité pyogène.

J'eus raison, ainsi que vont le prouver les événements, de prévenir, à ce moment, le malade de ne jamais plus se servir de médicaments à base d'essence de térébenthine ; cette substance agissant, chez lui, comme un toxique caustique pour ses tissus.

Un ou deux ans se passèrent sans inconvénients, l'état de santé du sujet s'étant maintenu relativement passable ; puis, un beau jour, le bonhomme revint à ma consultation pour des douleurs rhumatismales à un genou ; cette fois et surtout, parce qu'il était très inquiété par un gonflement œdémateux de toute la jambe malade.

Il m'avoua qu'il était allé voir le premier médecin qui, derechef, lui avait fait appliquer de la pommade térébenthinée sur l'articulation endolorie ; de là, la tuméfaction que je remarquai et qui ressemblait, en tous points, à celle qui avait envahi, antérieurement, l'avant-bras lors du premier phlegmon.

Il se produisit, tout comme à ce moment, une forte fièvre qui se maintint très élevée jusqu'à l'ouverture de l'abcès qui s'étendait d'un bout à l'autre de la jambe. Il sortit encore du pus d'odeur térébenthinée. La défervescence fébrile commençait à s'effectuer quand, brusquement, il se fit une nouvelle poussée de température, et, dans la région gauche, apparut un foyer fluctuant très profond : le soir même, le malade mourait.

Voici, pour le cas le plus terrible ; le suivant est moins dramatique.

Obs. 2. — Un peintre en bâtiments, âgé de 40 ans, alité par une crise de névralgie sciatique, se frictionne avec un liniment contenant du salicylate de méthyle et de l'essence de térébenthine. Un délai de quelques jours s'écoule : la fièvre s'élève, puis, dans toute la jambe, surviennent des douleurs atroces arrachant des cris au patient. Résultat : phlegmon total de la cuisse qu'il fallut inciser, drainer, etc. La suppuration dura longtemps et la convalescence fut pénible, elle se fit en trois mois.

Ainsi, pour ces cas bien nets d'abcès imputables à la seule action nécrosante et pyogène de l'essence de térébenthine, la cause fut attribuée à d'autres raisons. Si le médicament toxique avait été continué pour le second malade, nul doute qu'il eût subi le même sort que le premier. Les accidents furent moins graves, parce que la durée de l'application du toxique pyogène fut plus réduite. Ajoutons, à cette raison, celles de l'âge, de l'état général, du sucre, de l'albumine, différentes pour les deux intoxiqués.

Il résulte de ces observations que ce n'est pas, seulement, de l'essence de térébenthine pure dont il faut se méfier, mais, en général, de toutes les préparations pharmaceutiques composées avec cette substance.

Il suffira que les médecins soient prévenus du danger pour qu'il ne soit plus à redouter.

Connaissant les propriétés pyogènes toxiques de l'essence de térébenthine, on n'attribuera plus à des raisons erronées les accidents dont elle demeure, seule, responsable. On évitera, ainsi, des erreurs de diagnostic fort préjudiciables au malade et l'on n'aura plus à craindre un cataclysme semblable à celui que j'ai signalé : le décès d'un malade, par suite de la négligence du premier enseignement fourni par la réaction de ses tissus à l'action nécrosante de l'essence de térébenthine.

En résumé, se défier, toujours, en thérapeutique, non seulement des frictions d'essence de térébenthine pure, mais plus, de toutes les préparations officinales dont ce produit peut faire partie.

Pourquoi, d'ailleurs, recourir dans les cas de douleurs d'origine quelconque à des remédes externes tels, dont les dangers de l'emploi viennent d'être démontrés ?

Ne possède-t-on pas, aujourd'hui, un moyen sûr de ne pas souffrir dans l'urodonal ?

Un bénéfice considérable résulte de sa prescription en ce que l'urodonal, médicament inoffensif, n'engage en quoi que ce soit la responsabilité médicale, car il est héroïque et sans toxicité.

Quelques mots latins conviennent tout à fait pour définir son effet. Il agit : *cito, tuto et jucunde !*

Que désirez-vous de mieux pour le patient d'abord, pour le médecin ensuite ?

LES PIEDS GELÉS DANS L'ARMÉE

Par le Dr TÉMOIN (de Bourges)
Correspondant national de l'Académie de Médecine

Depuis le mois de novembre, c'est-à-dire depuis la saison des pluies persistantes, un nombre considérable d'hommes, occupant les tranchées de première ligne, sont mis hors de combat, non pas par des blessures produites par les armes à feu, mais par suite des intempéries, et ils nous arrivent avec ce diagnostic, écrit sur leur feuille d'évacuation : pieds gelés. Leur nombre s'accroît de jour en jour ; depuis quelques semaines, tous les lits vacants de nos hôpitaux de Bourges ont été occupés par ces blessés de catégorie particulière, et l'on peut se demander, avec inquiétude, si nos effectifs de combattants ne seront pas diminués par ce fait, autant, et peut-être plus, que par des combats journaliers.

J'ai reçu de ces blessés à mon hôpital ; j'ai été frappé par la similitude des lésions qu'ils présentent ; je les ai interrogés avec soin, j'ai examiné avec attention les graves désordres dont leurs pieds sont atteints, et je suis arrivé à cette conviction, que ces hommes n'ont pas les pieds gelés, que le froid n'est pas la cause principale de leurs blessures, et que les lésions qu'ils portent sont le résultat d'un simple arrêt de circulation aux extrémités inférieures, par compression causée par la chaussure et les guêtres rétrécies par l'humidité. Il s'agit là de lésions analogues à celles qui résultent, par exemple, de l'application d'un appareil trop serré, supprimant la circulation d'un membre.

Il était assez singulier que, par un hiver aussi clément, il y eut tant de pieds gelés, et je me demandais comment, en 1870, un seul de nos soldats avait pu échapper aux accidents terribles que j'observais aujourd'hui, puisque la température, à cette époque, avait été de 15 ou 20 degrés au-dessous de zéro. Je me demandais aussi, puisqu'il s'agissait de gelures, comment il se faisait qu'aucun de nos malades n'eût de lésions ailleurs qu'aux pieds, tandis qu'en 1870, les mains, les oreilles, le nez, toutes les parties périphériques exposées à l'air, avaient subi la morsure du froid. Nous savons, d'autre part, que, pour que le froid arrête notre circulation, coagule notre sang, amène la vasoconstriction, productrice de gangrène, nos organes doivent être soumis, et à l'état d'inaction absolue, à une température de moins 18 ou 20 degrés. Or, aucun de ceux que j'ai eus à soigner n'a été exposé à de basses températures ; ils avaient les pieds dans l'eau et dans la boue, ce qui prouve que le thermomètre était au-dessus de zéro ; et les pêcheurs de profession restent des nuits entières et par les hivers les plus rigoureux, les jambes dans l'eau, sans avoir pour cela les pieds gelés. De plus, tout en étant dans les tranchées, nos hommes ne sont pas dans l'immobilité absolue, et nous savons combien le moindre mouvement des orteils active la circulation et augmente la chaleur. En 1870, les soldats, couchés sur la terre gelée, s'endormaient sous un froid intense ; ils se réveillaient les extrémités gelées. Aujourd'hui, rien de semblable ne s'est produit, et les accidents qui ont fait évacuer ces hommes sur nos hôpitaux se sont toujours manifestés de la façon suivante : après un séjour prolongé dans les tranchées, transformées en mares ou en ruisseaux, ils ont éprouvé d'abord la sensation pénible, mais non douloureuse, d'un gonflement des pieds, puis d'une constriction produite par leurs chaussures se rétrécissant sous l'humidité. Lorsqu'ils se sont déchaussés, ils ont constaté, à leur grande surprise, qu'un ou plusieurs orteils, qu'une partie du pied, quelquefois que le pied tout entier étaient tuméfiés, noirs, insensibles, ou présentaient, à leur surface, des plaques noires ou violettes, ressemblant aux plaques de sphacèle, ou des pustules et des phlyctènes comme dans les brûlures légères. A leur arrivée à l'hôpital, ces lésions sont manifestes. Beaucoup ont les orteils complètement noirs, se séparant déjà des parties saines, par un sillon suppurant, comme dans la gangrène des diabétiques, ou bien, leurs pieds, moins atteints, ressemblent à ceux qui ont subi une brûlure plus ou moins étendue, avec phlyctènes, ou bien enfin, de véritables plaques de gangrène sont disséminées sur leur surface.

S'agit-il là vraiment de gelures ? Le froid a-t-il été l'agent de ces désordres importants ? Je ne le pense pas et je suis persuadé, comme je le montrerai plus loin, que la constriction du bas de la jambe et du pied est surtout responsable de l'impotence dont sont atteints les hommes que nous recevons, et que le froid humide n'a fait qu'aider la production de ces lésions. Il est probable même que si le froid devient plus intense, nous n'aurons plus de pieds gelés.

Mais qu'il s'agisse de gelure ou d'arrêt de circulation par compression, le résultat est à peu près le même, si l'arrêt de la circulation s'est fait aussi bien sur les vaisseaux profonds que sur les vaisseaux superficiels. Dans ce dernier cas, ce sont des désordres de surface, on ne frappant que les parties molles, désordres réparables, et dont le porteur pourra, comme après une blessure légère, retourner au front après sa guérison. Mais, dans le premier cas, au contraire, les organes, frappés de mortification, tombent, s'éliminent ; c'est une infirmité définitive qui prive l'armée d'un combattant, et qui charge la communauté d'un estropié qu'il faudra indemniser. Quelques-uns même paieront de leur vie ces accidents qui peuvent entraîner des complications septiques générales. Des milliers, malheureusement, ont déjà été ainsi mutilés.

Si les résultats sont les mêmes, la cause en est différente, et c'est là que la question revêt le plus vif intérêt. Nous ne pouvons rien contre le froid, si les exigences de la défense nationale obligent nos soldats à y être exposés dans des conditions mauvaises ; nous ne pouvons empêcher les tissus de se geler, de se mortifier, sous l'influence des trop basses températures. Nous pouvons, en revanche, beaucoup, pour éviter les accidents que j'ai constatés, si l'opinion que j'en ai est reconnue exacte, et c'est pour cela que je demande, à ce sujet, l'avis des Membres de l'Académie de Médecine, après en avoir déjà informé le général en chef de la 8e région.

Lorsqu'il s'agit du froid, point n'est besoin d'une exposition très longue aux basses températures, si les conditions d'immobilité favorisent leur action. Dans les cas, au contraire, qui nous intéressent, les causes qui produisent les accidents doivent être de longue durée, et voici pourquoi :

Les hommes portent des souliers lacés, ils portent aussi presque tous, soit des guêtres, soit des bandes de drap, qui enserrent le bas de la jambe et le mollet. Pour éviter que l'eau ne pénètre dans les chaussures, ils tirent sur les lacets afin que le cuir se ferme au maximum ; ils serrent aussi les bandes, croyant ainsi se mieux défendre contre la pénétration de l'eau. La circulation, en retour, est par ce fait diminuée, et si cette simple constriction dure longtemps, la gêne circulatoire s'accentuera en raison du gonflement des extrémités. Tous les chasseurs connaissent ces petits accidents. Malgré ces précautions, l'eau pénètre dans les chaussures par les trous des lacets et parce qu'elles ne sont pas imperméables. Les pieds, maintenus longtemps dans l'eau, macèrent, gonflent, et cela d'autant plus que la circulation est plus ralentie ; en même temps, la chaussure se rétrécit sous l'influence de l'eau ; les bandes, pour le même motif, compriment de plus en plus, et insensiblement, le bas de la jambe ; et si cette position dure longtemps, la circulation générale peut être complètement arrêtée, le froid aidant aussi la vaso-constriction.

Les lésions seront donc variables suivant le degré dans l'arrêt de la circulation : simples lésions de surface d'abord, lésions plus profondes ensuite, gangrène totale enfin, si les vaisseaux profonds cessent de fonctionner après les vaisseaux superficiels.

Les lésions ne sont d'ailleurs pas symétriques, le pied gauche ou droit pouvant être gangrené, alors que le pied du côté opposé n'a presque rien ; ce qui serait difficile à expliquer par la théorie du froid, ce qui s'explique facilement par celle de la compression ; un tour de bande de plus ou de moins déterminant ou non les accidents.

Ces accidents, comme on le voit, se font peu

à peu ; ils sont lents et progressifs. Il résulte, en effet, de l'enquête que j'ai faite à ce sujet qu'aucun des blessés que j'ai eus à soigner n'a été sérieusement atteint avant le quatrième jour de stagnation dans l'eau. Au troisième jour, ce ne sont encore que troubles superficiels, facilement réparables, de la peau ou du tissu cellulaire ; au quatrième jour, les parties molles sont mortifiées en général ; mais tous ceux, sans exception aucune, qui avaient les orteils ou les pieds gangrenés avaient séjourné six, sept, huit, dix jours consécutifs dans l'eau, et sans se déchausser.

Chez deux voisins de tranchée, qui étaient restés ainsi pendant dix jours, l'un avait une gangrène presque totale des pieds, tandis que l'autre n'avait que des lésions insignifiantes. Mais ce dernier s'était déchaussé plusieurs fois, et avait ainsi évité l'arrêt de sa circulation. Chez un autre blessé, arrivé directement du front, la gangrène remontait au-dessus des malléoles et s'arrêtait à l'endroit précis du premier tour de la bande en drap qui comprimait sa jambe. Il était resté trois jours seulement dans la tranchée et dans l'eau, mais il avait continué trois jours encore son service dans la boue et l'humidité sans se déchausser.

Ce qui fait la gravité de ces désordres, c'est justement la lenteur de leur production et l'absence de douleur qui les accompagne ; les soldats ne s'en aperçoivent que lorsqu'ils se sont produits. Un de mes malades put faire 12 kilomètres à pied en quittant son poste ; il avait une gangrène de tous les doigts de pied.

Tous les blessés venaient des tranchées de première ligne, aucun des tranchées de seconde ou troisième ligne, ce qui plaide contre la gelure des pieds.

De toutes ces observations il résulte que la prophylaxie de si graves lésions est facile et se réduit à trois moyens :

1° Graisser les pieds pour empêcher la macération ;

2° Diminuer la longueur du séjour dans les tranchées et, si le service de notre défense le permet, faire la relève des hommes toutes les quarante-huit heures, tous les trois jours au minimum.

3° Si les hommes doivent rester dans l'eau, veiller à ce que rien ne gêne la circulation de la jambe et des pieds. Mieux vaut laisser pénétrer l'eau librement dans la chaussure, mieux vaudrait même employer le moyen dont se servent les braconniers de pêche qui peuvent rester, par les plus grands froids, toute une nuit dans l'eau glacée et qui ont de vieux souliers auxquels ils ont soin de faire au couteau des entailles pour empêcher toute constriction et laisser librement l'eau circuler. Mieux vaudrait perdre une paire de souliers qu'un défenseur. Mieux vaudrait même les laisser les pieds nus.

En résumé, je pense :

Qu'aucun des blessés n'a eu les pieds gelés ;

Que les lésions qu'ils présentent sont uniquement des gangrènes par arrêt de circulation due à la compression ;

Que plusieurs jours sont nécessaires pour qu'elles se produisent ;

Qu'on peut les éviter, soit en diminuant la longueur du séjour dans les tranchées, soit et surtout en supprimant toute constriction de la jambe ou du pied, et en forçant les hommes à se déchausser souvent ou à délacer leurs chaussures.

P.-S. — Je crois savoir que M. le médecin principal Baratte est arrivé à supprimer ces soi-disant gelures en faisant tremper les chaussettes dans la graisse chande et surtout en obtenant du commandement que les hommes tiennent leurs chaussures délacées pendant un quart d'heure deux fois par jour.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
Sur l'Hypertrophie de la Prostate
AU POINT DE VUE GENITAL

Par M. le Docteur MAURICE MARX

Nous n'avons nullement l'intention de traiter ici de l'hypertrophie prostatique en ce qui touche à son retentissement sur les fonctions de la vessie. C'est un sujet qui a été découvert et étudié par tant de spécialistes que nous trouvons oiseux de venir ressasser des nouveautés déjà très vieilles. Nous ne pourrions faire qu'une désagréable compilation. Car, si, au point de vue traitement, la question s'est trouvée rajeunie par la mise en pratique de la prostatectomie transpérinéale ou transvésicale il suffit, pour connaître à fond la symptomatologie de cette affection, de se reporter aux cliniques de Reliquet et de notre cher maître le professeur Guyon.

Nous désirons nous borner à rendre compte ici de nos observations sur le retentissement de l'hypertrophie, sur la défécation, l'érection, l'éjaculation.

Nous ne parlerons pas dans cette étude, de l'hypertrophie aiguë et par conséquent *passagère* de la glande, si ce n'est pour en tirer des conclusions sur le traitement prophylactique de l'hypertrophie en général.

Non plus de la prostatite subaiguë à répétition, tout en notant cependant qu'elle est souvent un processus vers l'hypertrophie chronique et définitive, par cela même qu'elle retentit à la longue sur la prostate comme modificatrice des éléments histologiques.

Nous envisageons d'emblée l'hypertrophie prostatique établie, permanente, en tant que cause des lésions secondaires et de voisinage qu'elle a pu produire dans son évolution.

Tant que la prostate n'est pas par son volume devenue un obstacle mécanique, elle ne nous intéresse pas, du moins dans cette étude. Il est cependant certain que la plupart du temps son influence sur la miction coïncide avec son influence sur les fonctions génitales, et c'est cette influence que nous examinons ici. Quand elle devient obstacle aux fonctions de la vessie, elle le devient aussi aux fonctions génitales ; d'une façon indirecte, en agissant sur les fonctions intestinales, et directe, en agissant sur l'appareil éjaculateur.

a) ACTION SUR LA DÉFÉCATION. — La prostate, par ses rapports intimes avec la portion rectale de l'intestin dont la paroi antérieure est accolée à la glande, prend une part énorme à la fonction de cette portion de l'intestin ; à ce point que les affections de l'un des organes retentissent sur les fonctions de l'autre. C'est ainsi que les prostatiques ont presque toujours de la rectite et de l'entérite et que les hémorroïdaires ont très souvent de l'hypertrophie molle vasculaire de la prostate.

La prostate, hypertrophiée dans sa totalité ou dans un de ses trois lobes, fait saillie dans le rectum, en diminue le calibre et fait obstacle au passage des matières fécales. Ces dernières sortent aplaties, passées à la filière ou plutôt au laminoir, et toujours elles s'accumulent dans le rectum au-dessus de l'obstacle, au début de l'affection de la glande.

L'intestin tout d'abord, réagit contre l'obstacle. Il y a même un ténesme rectal prostatique, qui contraint les malades à se présenter souvent à la garde-robe et à faire des efforts pour expulser les matières accumulées

Puis l'intestin se lasse et ne réagit plus.

Il se produit même un phénomène dès le début de l'affection, phénomène analogue à celui qui se présente dans les cas de rétrécissement de l'urètre, par rapport à la miction.

En effet, dans certains rétrécissements peu serrés, la miction se fait d'abord presque normalement. Puis il se produit une action réflexe sur la vessie qui réagit anormalement. Les mictions sont plus fréquentes. Ensuite le muscle vésical se fatigue. La vessie se laisse distendre et on se trouve un jour en face d'une vessie flasque qui se vide mal.

Il en est de même pour le rectum.

La présence d'une prostate anormale excite tout d'abord les contractions intestinales. L'intestin réagit et cherche à forcer l'obstacle. Par action réflexe, les fibres lisses intestinales sont sollicitées constamment. Puis l'intestin se lasse, ne réagit plus et, à l'action mécanique de la prostate faisant obstacle, vient s'ajouter une autre cause de rétention fécale. C'est la parésie intestinale.

Il est une autre cause de constipation qui vient s'ajouter à ces deux premières, troisième cause produite, du reste, par la première.

Lorsque la prostate fait saillie dans le rectum, le bol rectal, lorsqu'il est dur, voit son volume s'augmenter dans la fosse rectale par stratification de nouvelles couches de matières qui l'englobent. Ce globe fécal, ne pouvant repousser en avant la prostate qui est fixée, refoule en arrière les muscles coccygiens et le coccyx lui-même. Vous trouvez chez les prostatiques une poche rectale analogue à la poche vésicale dans laquelle séjournent de vieilles matières dures et desséchées que le malade ne peut expulser.

Pour s'en débarrasser, il est obligé d'avoir recours à des lavements émollients, et, quelquefois à des manœuvres de fortune. Il doit, soit les aller chercher avec le doigt en crochet, soit en appuyant avec la face palmaire des doigts sur le coccyx et sur les muscles coccygiens, redresser la face postérieure et concave de la poche rectale, en donnant ainsi aux efforts des muscles abdominaux un point d'appui suffisant pour que leurs contractions forcent les scybales à prendre la route normale, après avoir quitté la poche où elles séjournaient. Peu à peu, du reste, les muscles abdominaux se relâchent chez le vieillard, et l'effort nécessaire de l'abdomen, en l'absence des contractions des fibres lisses de l'intestin, ne peut plus même se produire.

De plus, la stase des fèces dans l'S iliaque et dans le rectum entraine une résorption, produit une intoxication des centres nerveux et du grand sympathique et cause une inhibition des filets nerveux constricteurs des fibres lisses intestinales. Ce qui fait que l'obstacle primitif, c'est-à-dire la prostate hypertrophiée, devient la cause d'une constipation opiniâtre et incurable.

b) ACTION SUR L'ÉRECTION. — Si cette constipation que l'on peut combattre par des drastiques et par de l'hydrothérapie médicamenteuse rectale (1), était le seul méfait de l'hypertrophie prostatique, il n'y aurait que demi-mal. Mais cette affection entraîne d'autres désordres dans les fonctions des organes génitaux, et à ces troubles il est plus difficile de remédier. C'est ainsi que l'érection devient absolument défectueuse au début

(1) Ces procédés indiqués par M. le Docteur Marx ne sont ni les seuls ni les plus simples auxquels il soit possible de recourir. Pour prévenir la constipation spéciale déterminée par l'hypertrophie prostatique, il suffit de recourir régulièrement à l'usage du Jubol. Celui-ci en assurant la production quotidienne des selles molles prévient la formation des scybales et s'oppose ainsi à l'établissement fâcheux de la constipation.

et par la suite tout à fait insuffisante chez les prostatiques.

Cette insuffisance est due à plusieurs causes :

1° Principalement à une cause mécanique. Comme nous l'avons déjà expliqué, le bol fécal s'accumule lorsqu'il y a hypertrophie de la prostate, dans la poche rectale formée par la paroi postérieure du rectum.

Dès lors, il se produit une distension, un relâchement des muscles qui forment la paroi de soutènement du périnée et de l'anus.

Ces muscles sont en grande partie ceux qui président à l'érection : bulbo-caverneux ischiocaverneux, transverse du périnée.

En s'allongeant, ces muscles perdent leur pouvoir de contraction. De plus, comme ils prennent en partie leur point d'appui sur le raphé ano-coccygien et sur les sphincters anaux; comme, d'autre part, ce raphé et ces sphincters sont également distendus; enfin comme les muscles de l'érection sont synergiques de ceux de la défécation, il est tout naturel que, le pouvoir contractile des uns étant anéanti, les contractions des autres le soient également. De là insuffisance ou disparition de l'érection.

Qui ne sent, du reste, parmi les prostatiques que les contractions anales perdent de leur vigueur lorsque les contractions voulues qui aident à l'érection ne s'effectuent plus et *vice versa.*

2° La stase des matières fécales dans la portion terminale de l'intestin, produit à la longue, une intoxication générale qui retentit sur les centres médullaires lombo-sacrés, en causant une inhibition des nerfs qui président à la contraction rythmée ou à la contracture temporaire des muscles de l'érection.

3° Cette même intoxication produit également une inhibition des nerfs sensitifs de la peau et de la muqueuse de la verge et de la peau du scrotum. Cette insensibilisation passagère chez ceux qui vident leur rectum artificiellement, durable chez les prostatiques constipés permanents, empêchant l'action réflexe tactile sur les centres nerveux, est une cause de plus qu'il faut ajouter à celles qui produisent l'impossibilité de l'érection.

Nous venons d'écrire le mot : insensibilisation passagère. C'est le mot propre; car (et c'est une preuve de plus de ce que nous avançons) nous avons remarqué, en étudiant nos malades prostatiques constipés, que cette insensibilité des organes génitaux disparaît souvent à la suite de purgatifs drastiques, de lavements médicamenteux, qui les débarrassent de leurs vieilles matières accumulées, en un mot les désintoxiquent. Et nous avons remarqué aussi que la virilité reparaît, sinon parfaite, du moins plus réelle, lorsque la sensibilité cutanée et muqueuse a réparu.

4° L'hypertrophie de la prostate est encore cause, par son action mécanique et par la stase fécale consécutive, d'une intoxication du centre cérébral qui contribue à l'érection volontaire. Car, s'il est un centre d'érection médullaire, il est aussi un centre d'érection cérébrale qui, par évocation de sensations génitales, d'images suggestives, contribue à l'état d'érection des organes génitaux.

Or, l'intoxication d'origine intestinale, qu'elle soit d'origine mécanique ou autre, produit une inhibition de ce centre cérébral, et les prostatiques se plaignent tous à celui qu'ils consultent d'une disparition du désir. Et il est impossible d'en accuser la vieillesse, car les jeunes prostatiques sont logés à la même enseigne que les vieux.

c) Action sur l'éjaculation. — Elle agit aussi sur l'éjaculation. De même qu'ils contribuent à l'érection, de même les muscles qui prennent leur point d'appui sur le coccyx, le sphincter anal et le releveur de l'anus, contribuent à l'éjaculation par leurs contractions rythmées sur celle de ces muscles.

Il est facile de comprendre que, les uns se contractant mal, les autres en feront autant, et c'est ce qui explique que le liquide séminal ne puisse, chez les prostatiques être projeté.

De ces diverses considérations découle cette certitude que la grosse prostate devient, par l'exagération de son volume, une cause évidente d'impuissance, et cela par des causes tout à fait étrangères à l'action qu'elle exerce sur les testicules et les canaux déférents. Faut-il attendre, pour éviter les complications d'ordre mécanique, que la glande ait subi un développement assez considérable ? Non.

Si on attendait jusque là, il serait, sinon trop tard, du moins un peu tard pour tenter d'y remédier. Et c'est alors qu'on serait tenté de pratiquer les opérations nouvelles qui tendent à débarrasser les prostatiques de leur prostate.

Je crois qu'avec un traitement prophylactique, on n'aura que rarement à intervenir pour supprimer l'obstacle mécanique et la stagnation des fèces. Déjà, pour ce qui touche à la rétention des urines, je suis d'avis qu'on abuse de l'intervention.

La prostatectomie est une opération de dernier recours.

Malgré les statistiques fort belles, trop belles pourrais-je peut-être dire, il y aura, dans l'évolution de la chirurgie prostatique, comme dans celle de la chirurgie de l'appendice, une réaction sanitaire qui réduira considérablement les cas d'intervention.

Pourquoi faire des vieillards, des impuissants artificiels, si on peut prolonger leur jeunesse génitale. Rares sont les prostatiques qu'on ne peut soulager, et une mauvaise jambe vaut mieux qu'une jambe de bois.

Depuis vingt-cinq ans de soins donnés aux urinaires, nous n'avons trouvé qu'un urèthre infranchissable, et ce n'était pas celui d'un prostatique. On peut toujours sonder un hypertrophié et lui apprendre à se sonder. Si l'obstacle à la miction devient un peu serré, il est si facile de laisser pendant quelques jours une sonde à demeure. Par la suite, on passe de temps en temps un gros Béniqué sur conducteur Guyon. Les malades urinent ensuite plus facilement ou se sondent eux-mêmes avec une sonde à béquille.

Grâce aux soins d'asepsie qu'on ignorait autrefois et qu'on leur enseigne, il leur est très facile d'éviter, en se sondant, les infections vésicales secondaires. Du reste ces cathétérismes ne sont nécessaires que chez les prostatiques avancés, et nous n'avons pas à nous en occuper ici. Nous devons traiter de préférence des traitements prophylactiques de l'hypertrophie de la prostate et particulièrement de ceux qui doivent combattre ces complications.

Pour le traitement prophylactique, il y a lieu de partager les hypertrophies simples en deux classes : les molles et les dures.

Les molles sont produites par des congestions, par des varicosités prostatiques qui coexistent la plupart du temps avec des poussées hémorroïdaires survenant chez des variqueux.

Ces prostatites doivent être combattues par des saignées locales, des lavements chauds, des suppositoires à l'adrénaline, à l'hamamelis et à la cocaïne. Par voie buccale, administrer de l'hamamelis. Combattre la stase sanguine rectale par des cholagogues doux, qui favorisent la circulation porte. Régime lacto-végétarien. Tenir le corps peu serré à la taille. Proscrire les aliments épicés, faisandés, les viandes noires. La haute fréquence rectale donnera de bons résultats.

Les hypertrophies molles pourront, du reste, si on ne les traite pas bien, évoluer vers la prostatite scléreuse, et il faut les soigner énergiquement en prévoyance de cette dégénérescence.

L'hypertrophie dure ou scléreuse est passible des mêmes traitements. Il faut principalement empêcher la stase rectale au moyen de lavements salins. De plus, on devra administrer des résolutifs par voie rectale (1).

Sous l'influence du traitement, les besoins génitaux se feront plus normalement sentir. L'érection sera plus forte. L'éjaculation sera plus normale.

Nous avons été souvent supris de voir des vieillards à grosses prostates ignorer leur hypertrophie sinon au point de vue miction, du moins au point de vue de leur valeur génitale. Si les complications, décrites dans cette étude, sont survenues déjà du côté du rectum, il n'y a pas de thérapeutique pouvant remédier à cet état de choses. Par imprévoyance, on aura laissé s'établir une malformation incurable de l'ampoule rectale. C'est tout au plus si on peut instituer un traitement palliatif. On conseillera de vider le rectum régulièrement chaque jour au moyen de lavements salins ou huileux chauds. On essaiera de tonifier les muscles périnéo-rectaux au moyen de courants continus et interrompus ou par l'appareil vibratoire. Les suppositoires à la strychnine contribueront au même but.

Le coït sera facilité par des moyens de fortune que l'on pourra indiquer aux malades, mais qui paraîtraient, nous le craignons, un peu empiriques dans un article qui ne veut être que rigoureusement scientifique. Il suffira d'indiquer que manœuvres ou bandages à ressorts devront être destinés à relever les muscles releveurs de l'anus et ses sphincters qui, étant par cela même plus hauts et plus normalement situés, offriront des points d'appui plus sérieux aux contractions des muscles qui président à l'érection et à l'éjaculation.

Nous ne voulons pas terminer cette étude sans décrire en quelques lignes une manœuvre que nous avons conseillée à tous nos prostatiques vidant mal leur vessie et ayant une poche vésicale suprapostatique. Cette poche, qui reste constamment pleine d'urine dans la position debout ou couché, ainsi que l'a si bien expliqué notre maître Guyon, vient aussi faire obstacle à la défécation.

Il est nécessaire que les malades vident cette poche deux à trois fois par jour, autant pour éviter l'infection vésicale par stagnation que pour laisser plus libre la lumière du rectum. Voici donc ce que nous conseillons à ces malades. Ils doivent, deux à trois fois par vingt-quatre heures, se mettre en position génupectorale, autrement dit à quatre pattes, et uriner dans cette position. La vessie étant de la sorte renversée en avant et en bas, la poche se vide d'elle-même et la vessie peut se débarrasser complétement

(1) Ce traitement proposé par M. le Dr Marx peut heureusement être très simplifié par l'administration au début de chaque repas de 4 à 6 capsules de pageol. Celui-ci, non seulement assure de façon parfaite l'antisepsie de l'arbre urinaire tout entier, mais, en raison de ses puissantes propriétés décongestionnantes, il prévient le prostatisme ou le fait disparaître si la lésion a déjà commencé à s'installer. Précieux donc pour le traitement des vieux prostatiques, chez lesquels il prévient les infections urinaires qui viennent si souvent compliquer la situation, le pageol constitue aussi un admirable moyen de cure dans les cas moins avancés, quand la maladie est encore à ses débuts et tend seulement à s'installer.

de son contenu, ce qu'elle ne pouvait faire le malade urinant en position normale. C'est une manœuvre très simple, qui évite le cathétérisme irritant à la longue et dont les patients se trouvent fort bien à tous les points de vue.

La Pratique ophtalmologique à l'Avant

Par M. le Docteur XAVIER JOUSSET
Assistant à la Clinique nationale des Quinze-Vingts
Ophtalmologiste de l'Hôpital Saint-Jacques.

Depuis deux mois nous nous trouvons appartenir à une ambulance qui fonctionne comme centre chirurgical à 15 kilomètres de la ligne de feu. Cela nous permet, recevant des blessés quelques heures après leur blessure, de nous rendre compte de ce qu'il est possible de faire à l'avant comme *ophtalmologie de première urgence*. Nous avons cru intéressant, ayant été servi par le hasard des circonstances, de publier à ce sujet quelques notes basées sur une expérience que la multiplication rapide des cas a rendu féconde en dépit de son âge.

I. — RÔLE MÉDICAL

Avec un matériel restreint, on a vite ce qu'il faut; la guerre rend ingénieux: la grosse lampe réglementaire de l'ambulance, dont le réflecteur latéral sert d'écran, donne, en le tournant sur elle-même, une source lumineuse suffisante pour l'éclairage latéral et l'examen du fond d'œil. Un petit ophtalmoscope simple permet des diagnostics précis. Chez un opticien on trouve une boîte de verres et une echelle d'acuité visuelle et voilà un cabinet de spécialiste, qui permet le triage des malades; ce qui est avant tout notre rôle.

En effet, nous divisons les affections oculaires en deux catégories : celles dont l'évolution sera longue (iritis, irido-cyclites, sclérites, glaucomes, etc.) que nous évacuons immédiatement sur un centre d'ophtalmologie de l'intérieur, et celles que nous pensons devoir guérir rapidement (conjonctivites, blépharites, quelques dacryocystites) et qu'il nous paraît intéressant au point de vue *défense nationale* de soigner sur place. Ces malades sont hospitalisés dans un dépôt d'éclopés voisin et viennent à la *consultation d'ophtalmologie*. Et ils sont nombreux, car les conjonctivites sont fréquentes dans les tranchées : elles guérissent ordinairement en huit à dix jours.

Naturellement, nous avons restreint le plus possible le matériel pharmaceutique. Tout notre arsenal — et il nous a toujours suffi — se résume ainsi :

Compresses chaudes ;
Collyre au sulfate de zinc (1/200) ;
Collyre au sulfate d'Atropine (1/200) ;
Pommade au Calomel (1/50) remplaçant l'oxyde jaune de Mercure, trop délicat à préparer.

Cure des affections externes bénignes, cathétérisme des voies lacrymales, prescription de verres correcteurs, voilà à quoi se résume notre pratique de consultation.

II. — RÔLE CHIRURGICAL.

C'est évidemment l'essentiel. La boîte d'ophtalmologie, dite n° 8, du nouveau matériel d'ambulance, offre une instrumentation suffisante à toutes les opérations d'urgence. Car il est bien entendu que nous ne faisons que celles-là : les blessés atteints de cataracte traumatique, de décollement de la rétine sont immédiatement évacués.

Nous avons lu avec intérêt la communication du Dr Terson à l'Académie de Médecine (séance du 24 novembre), sur les blessures de l'œil. Mais nous sommes malheureusement obligé de constater que la division schématique en plaie infectée et plaie non infectée est chez nos blessés absolument illusoire ! A quelques rarissimes exceptions près, *les plaies de guerre sont septiques ;* aucun chirurgien *ayant fonctionné à l'avant* ne nous contredira. Que de fois une esquillotomie, qui paraît faite dans les conditions les plus favorables, conduit à l'amputation au bout de quelques jours ! Le chirurgien le plus conservateur voit avec douleur s'accroître — à mesure que se poursuit la guerre — la proportion de ses opérations mutilantes. Et comment s'en étonner, chez des blessés, qui vivent forcément dans un milieu hygiénique défectueux et présentent après trois mois de tranchée un terrain essentiellement affaibli.

Il en est de même des plaies oculaires. Nous sommes toujours conservateur ; mais le plus souvent pour 24 heures seulement...

Partant de ce principe que toute plaie est infectée, nous joignons l'antisepsie à l'asepsie. Nous opérons — est-il besoin de le dire, et notre installation actuelle nous le permet — avec l'asepsie la plus rigoureuse ; mais nous faisons suivre nos interventions de lavages antiseptiques au permanganate de potasse, ou d'introduction de pommade au calomel dans le cul-de-sac conjonctival. Le pansement individuel (à condition de libérer la compresse cousue à la bande), est le plus pratique pour les bandages oculaires. On peut le matelasser extérieurement d'ouate hydrophile.

Tous nos blessés reçoivent une injection antitétanique.

Notre statistique opératoire porte sur 64 interventions, ainsi réparties :

Extraction de corps étrangers....	13
Résection de membranes herniées.	6
Enucléation	8
Eviscération du globe...........	26
Réfection des paupières........	11

1° Corps étrangers de la cornée et de la conjonctive.

La bombe joue un grand rôle dans l'étiologie des plaies actuelles. Beaucoup de blessés nous arrivent, la face criblée de brûlures et de corps étrangers. Les conjonctives et les cornées sont incrustées de grains de poudre et de terre. Il est très important d'en pratiquer le plus tôt possible l'extraction. Elle sera suivie de lavage au permanganate, application de pommade au calomel, instillation d'atropine s'il y a lésion de la cornée, pansement sec. Au bout de 24 heures, second pansement et évacuation du blessé sur un centre d'ophtalmologie.

2° Plaie de la cornée ou de la sclérotique.

Si la plaie est limitée, nous tenterons toujours la conservation de l'œil. Nous pratiquons la résection des membranes herniées à la pince-ciseaux de de Wecker ; puis, pommade au calomel et pansement sec. Le lendemain, on renouvelle le même pansement. Au bout de 48 heures, s'il n'y a pas infection, nous évacuons le blessé. Dans le cas contraire — et c'est le plus fréquent, hélas — nous pratiquons l'éviscération du globe. Nous nous proposons désormais de tenter le recouvrement de la plaie scléroticale avec insufflation sous-conjonctivale, comme le préconise le Dr Terson, et souhaitons d'éviter ainsi des interventions aussi radicales.

3° Rupture de l'œil.

Le plus souvent, la coque oculaire est positivement éclatée, et il est impossible de penser même à conserver quoi que ce soit d'utile à la vision. Nous pratiquons alors l'éviscération du globe, sauf dans le cas où l'on ne distingue plus rien qu'une véritable *bouillie oculaire*, ce qui force à l'énucléation la plus atypique. Nous préférons — instruits par l'expérience — l'éviscération, parce qu'elle laisse une coque protectrice contre l'infection méningée. Nous pratiquons une résection large du segment antérieur, en pleine sclérotique de façon à détruire le corps ciliaire. Ainsi, nous croyons éviter toute complication sympathisante. Le curettage de l'œil est suivi d'un grand lavage au permanganate ou à l'eau oxygénée dédoublée. Pansement sec, à plat. Il n'y a, en général, que peu de réaction ; premier pansement le lendemain, évacuation au bout de 48 heures.

4° Délabrement des paupières.

Le plus souvent le globe oculaire n'est pas touché sans lésion simultanée des paupières, quelque fois aussi éclatement des bords orbitaires. Nous enlevons alors les esquilles libres et pratiquons la suture des plaies palpébrales. Nous nous servons de crins et d'un catgut fin pour le bord ciliaire. Il est remarquable de constater combien la face, sans doute en raison de sa riche vascularisation, supporte admirablement les sutures, que les autres parties du corps ne tolèrent pas sans suppuration. Nous avons eu l'occasion de refaire 11 fois des paupières déchiquetées, et nos fils ont toujours tenu. Au bout de 48 heures, trois jours au maximum, on peut enlever les sutures, et évacuer le blessé.

De ces notes rapides, il nous semble permis de tirer les conclusions suivantes :

1° Proportion importante des plaies oculaires dans la guerre actuelle ;

2° Utilité d'apporter rapidement les blessés, pansés au poste de secours, dans une ambulance installée suffisamment pour pratiquer des interventions, c'est-à-dire de créer à 15 à 20 kilomètres de la ligne de feu *des centres chirurgicaux de campagne* (des *C. C. C.*, si l'on veut sacrifier à la mode abréviative !). Avec le transport par automobile, l'ambulance divisionnaire paraît imposer au blessé un retard préjudiciable. Un poste de secours bien organisé supprime la raison d'être de cette formation transitoire ;

3° Nécessité de considérer les plaies de guerre comme septiques et de les traiter par l'antisepsie thérapeutique associée à l'asepsie opératoire ;

4° Indication de pratiquer l'éviscération du globe oculaire au lieu de son énucléation ;

5° Possibilité de suturer les plaies de la face ;

6° Utilité de l'évacuation rapide des opérés sur un centre d'ophtalmologie, en leur remettant toujours une fiche exactement et complètement redigée, mentionnant les lésions constatées et le traitement appliqué.

LE THANATOGRAPHE

Le Thanatographe du Dr Lucien-Graux a vivement intéressé nos lecteurs. Malheureusement, le personnel des maisons de chirurgie étant ou mobilisé ou entièrement occupé à travailler pour le compte de l'Etat, il n'a pas été possible de l'éditer. On peut le remplacer par une forte pince à forcipressure comme celle de notre excellent confrère le Dr Icard, fabriquée par la Maison Mathieu. Elle donnera de très bons résultats.

REVUE CLINIQUE

Pneumococcie infantile avec méningite sans localisations pulmonaires

Par MM. E. WEILL,
G. MOURIQUAND et A. DUFOURT

Les septicémies pneumococciques peuvent laisser indemnes les poumons. De même les septicémies éberthiennes épargnent quelquefois l'intestin et l'on sait bien à l'heure actuelle que la dothiénentérie n'est qu'une forme clinique, la plus fréquente, de l'éberthémie.

Dans ces deux maladies sanguines si différentes, une constatation a déjà été faite par plu-

sieurs auteurs, à savoir que lorsque le germe pathogène épargne l'organe pour lequel il a habituellement une affinité maxima, il a une fâcheuse propension à envahir les méninges et à donner des formes variées de méningites, tantôt simplement séreuses, tantôt et plus fréquemment purulentes.

Parmi les septicémies pneumococciques sans localisation pulmonaire, il faut convenir que la majorité se manifeste sous forme de méningites d'apparence primitive. Nous disons « d'apparence primitive », car il n'est pas prouvé qu'il n'y ait pas en an début une localisation pulmonaire infime, insuffisante pour être diagnostiquée cliniquement et radioscopiquement. Libmann, Barker considèrent que le poumon est toujours le point de départ et le foyer primitif de l'infection. Netter croit que le microbe pénètre par les poumons et est amené aux méninges par le sang. Cette hypothèse serait la plus vraisemblable. Quelle que soit celle que l'on admette, on est obligé de convenir qu'expérimentalement, comme nous nous en sommes assuré à diverses reprises sur le lapin et le chien, les injections de cultures de pneumocoques même à doses restreintes, pratiquées par voie intratrachéobronchique, sont suivies dans les dix à quinze heures qui suivent oe septicémie pneumococcique généralisée. Les pneumocoques ne sont donc pas arrêtés aux poumons, mais ils traversent la paroi des capillaires et se répandent dans tout l'organisme. La lésion créée au niveau de la porte d'entrée varie d'intensité suivant la race sur laquelle on expérimente et la dose de culture inoculée. Elle peut être très légère et coïncider avec une septicémie mortelle.

Il est donc vraisemblable que chez l'homme le point de départ des méningites primitives pneumococciques est bien le poumon, ou que tout au moins une lésion pulmonaire discrète ou évidente précède la lésion méningée. De telle façon que toutes les méningites, au point de vue pathogénique au moins, seraient secondaires. La clinique seule permet une distinction entre celles qui surviennent d'emblée et celles qui compliquent une pneumonie ou une autre localisation pneumococcique.

C'est en nous plaçant sur le terrain clinique que nous rapportons l'observation suivante. Il s'agit d'une méningite fruste apparue, au cours d'un état que l'on aurait volontiers étiqueté *grippal*, chez une fillette de 7 ans, entrée le 1er février 1914 dans le service du Professeur E. Weill :

B..., Françoise, 7 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Bronchite à 8 mois, rougeole à 3 ans. Depuis, bonne santé apparente. Début de l'affection actuelle le 30 janvier, c'est-à-dire l'avant-veille. Le soir, en rentrant de l'école, elle ressent de violents maux de tête. Les parents la couchent. Elle est agitée toute la nuit et délire un peu. Le lendemain 11 janvier elle vomit à deux reprises ; par moments, l'enfant ne reconnaît pas ses parents. Elle frissonne. Depuis deux jours, elle n'a pas été à la selle.

On l'amène à l'hôpital le 1er février au soir. L'enfant ne délire plus, mais elle est très abattue, a un peu de raideur de la nuque. Température 39°.

Le lendemain 2 février on remarque un bouquet de vésicules d'herpès au-dessus de la commissure labiale droite. L'examen de ces vésicules y met en évidence quelques pneumocoques ; on porte alors le diagnostic de pneumococcie et l'on fait une culture de sang.

Les signes méningés sont frustes : l'enfant est tranquille, parle, n'a pas de délire. Aucun signe oculaire. Céphalée légère. Constipation persistante. Pas de vomissements. Raideur peu marquée de la nuque et du tronc, sans Kernig ni Brudzinski. Pas de raie méningitique. Abattement général. Fièvre 38°6. Ponction lombaire : liquide en jet, un peu trouble, mais sans purulence. On y décèle de la polynucléose. La recherche du pneumocoque est négative. On ensemence le liquide sur milieu au sang.

Le 3 février, la température décroît rapidement : 37°5 le matin, 37° le soir. Il y a en depuis la veille une défervescence brusque comme dans une pneumonie. L'enfant va mieux. La céphalée et la constipation persistent. La rate est perçue. Un vomissement. Etat nauséeux. Les jours suivants, disparition rapide des derniers symptômes. Sort guérie le 17 février.

En somme, état méningé peu marqué, sauf au début où il y a eu du délire. Mais lorsque l'enfant a été amenée à l'hôpital, l'état aigu était en voie d'amendement et les signes d'irritation des méninges demandaient à être cherchés avec attention. Etant donné la facilité des réactions méningées chez les enfants, il eût été possible de laisser passer la nature véritable de l'affection. Ce sont les constatations de laboratoire qui nous ont permis de reconnaître de quoi il s'agissait.

En effet, les vésicules d'herpès, la culture du sang et celle du liquide céphalo-rachidien concordèrent ensemble pour affirmer l'origine pneumococcique des phénomènes présents.

Il s'agissait même d'un pneumocoque particulièrement virulent : quatre lapins inoculés avec des doses minimes de culture venant du liquide céphalo-rachidien succombèrent, après inoculation intra-trachéale, en 15 à 24 heures.

D'autre part, il s'agissait bien cliniquement de septicémie avec méningite primitive et manifestations herpétiques, sans atteinte du poumon. En effet, les signes d'auscultation sont toujours restés négatifs, et la radioscopie non seulement n'a pas montré de triangle, mais encore n'a pas laissé constater l'ombre la plus fugitive.

Cette observation nous offre de plus une preuve évidente que dans l'appréciation des phénomènes méningés au cours des infections, il faut réduire au minimum la part du méningisme. A mesure que le laboratoire perfectionne ses techniques on est obligé d'admettre ce que Nobécourt et Voisin disaient il y a déjà dix ans : Il n'y a pas de symptômes méningés résultant de troubles fonctionnels sans lésion. La constatation d'un liquide clair à la ponction lombaire, l'absence de microbe sur les lames faites avec l'étalement du culot de centrifugation ne sont pas un critérium suffisant pour éluder la méningite. Hutinel, Achard et Laubry ont rapporté des cas où bien que le liquide retiré fût limpide, on trouva du pus sur le cortex. Et, d'autre part, que de fois un liquide qui paraît stérile à l'examen direct, se peuple rapidement de nombreuses colonies microbiennes dès qu'on le cultive à l'étuve. L'ensemencement du liquide, son inoculation à des animaux récepteurs présentent seuls les garanties que l'on est en droit d'exiger.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Radiumthérapie métachirurgicale

M. le Dr Jayle vient de rapporter à la Société de l'Internat un cas de cancer du col de l'utérus, propagé au vagin sur une telle étendue que l'opération fut tenue pour non à pratiquer par un excellent chirurgien. Le même sentiment fut partagé par M. Jayle, mais il proposa d'essayer la radiothérapie.

Avec l'assistance de Madame le Dr Fabre, il appliqua, après un curettage sommaire, trois tubes contenant onze centigrammes de radium. Les tubes furent maintenus en place pendant 70 heures et retirés par Madame Fabre. Il s'ensuivit un écoulement fétide très important. La malade partit à la campagne et en revint très remontée, ayant gagné trois kilogr. L'intervention fut alors décidée par M. Jayle qui pratiqua la colpohystérectomie vaginale par le procédé des ligatures. Le péritoine fut suturé, tous les pédicules ramenés dans la plaie au centre de laquelle on plaça, sur les indications de Madame Fabre, un tube de radium de cinq centigrammes. Les suites ont été parfaites.

La radiumthérapie a facilité l'intervention chirurgicale d'une manière indiscutable. Il s'agissait de lésions très étendues en surface, mais non en profondeur. Après l'application du radium, les lésions avaient plutôt un aspect inflammatoire que cancéreux ; mais l'examen histologique d'un gros bourgeon enlevé lors de la première application avait démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma très proliférant.

CARNET DU PRATICIEN

Prurit vulvaire

Si le prurit est très rebelle, ajouter à l'eau destinée aux lotions, du chloral dans la proportion de 1/100, du bromure de potassium, 1/200, ou mieux de la gyraldose dans la proportion de une cuillerée à soupe pour un litre d'eau ; on peut aussi essayer des pommades à pâte de zinc, en ayant soin d'isoler les parties malades au moyen de petites lanières de cuir de gaze stérilisées.

Brocq conseille les lotions suivantes tièdies au bain-marie :

Acide phénique	0 gr. 50 à 1 gr.
Acétate de morphine...	0 gr. 40
Acide cyanhydrique à 1/100e................	3 à 10 gr.
Glycérine...............	50 grammes
Eau.....................	120 —

On obtient encore fréquemment la disparition du prurit vulvaire en pratiquant deux ou trois fois par jour des lotions avec de l'eau additionnée de gyraldose (une cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède).

Enfin on pourra aussi pratiquer des badigeonnages au nitrate d'argent en solutions de plus en plus fortes. On commencera à 1/50e pour aller jusqu'à 1/20e et même 1/10e à ce traitement local il est bon d'ajouter l'hydrothérapie chaude prolongée et les lotions de gyraldose.

Dans les formes exceptionnellement tenaces, on conseillera les scarifications linéraires, les courants de haute fréquence, les effluves locales, avec grandes et longues étincelles. Küstner a même proposé la résection des muqueuses.

Séborrhée du cuir chevelu

Soufre précipité............	10 grammes
Alcool à 50°................	10 —
Eau distillée................	50 —
Eau de roses................	50 —

(Vidal).

Contre l'anémie

Prescrire un des cachets suivants, à prendre après un repas, 2 fois par jour :

Tartrate ferrico-potassique.......	0 gr. 05
Glycéroph. de chaux...............	0 — 15
Poudre de noix vomique........	0 — 02
Poudre de quinquina	0 — 05

Pour un cachet n° 30.

Ou mieux instituer la cure de Globéol, de 6 à 8 pilules par jour, prises au moment des repas.

Pour calmer les douleurs du cancer utérin

Beurre de cacao...........	14 grammes
Cérat blanc................	7 —
Hydrate de chloral	5 —

Pour six suppositoires à introduire dans le vagin et dans le rectum.

En cas d'irritation, diminuer de moitié la dose de chloral.

(C. Paul).

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : A. Geoffroy.

LES MÉDECINS ET LA GUERRE

(Suite).

M. Bernard Léon, médecin-major de 2e classe.
M. Galland, médecin principal de 2e classe, médecin divisionnaire de la 22e division.
M. Duguet, médecin principal : très brillante conduite.
M. Rémy, médecin aide-major de 1re classe au 55e bataillon de chasseurs.
M. Girard, médecin auxiliaire au 55e bataillon de chasseurs.
M. Brin, médecin-major de 2e classe au 231e régiment d'infanterie.
M. Capillery, médecin-major de 1re classe au 4e régiment de zouaves.
M. Zenib, médecin-major de 2e classe au 4e régiment de zouaves.
M. Palet, médecin-major de 1re classe au 2e regiment de marche des zouaves.
M. Franceschetti, médecin-major de 2e classe, 44e régiment d'infanterie coloniale.
M. Fouchet, médecin auxiliaire au 46e régiment d'infanterie.
M. Lhuerre, médecin auxiliaire au 339e régiment d'infanterie.
M. Giraud, médecin aide-major de 2e classe au 6e régiment de marche de zouaves.
M. Landernois, médecin-major de 2e classe.
M. Camo-Seine, médecin-major de 2e classe au 68e régiment d'infanterie.
M. Perrin, médecin-major de 1re classe au 76e régiment d'infanterie.
M. Gabrielle, médecin aide-major de 1re classe au 46e régiment d'infanterie.
M. Patriarche, médecin auxiliaire du 213e régiment d'infanterie.
M. Bonjean, médecin aide-major de 1re classe d'une ambulance de corps d'armée.
M. Devraigne, médecin-major de 1re classe d'une ambulance de corps d'armée.
M. Combe, médecin-major de 2e classe du groupe de brancardiers d'un corps d'armée.
M. Leuret, médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale de l'ambulance n° 6 du corps d'armée.
M. Vialle, médecin-major de 2e classe au 25e régiment de dragons.
M. Anatsitos, médecin-major de 2e classe au 71e régiment d'infanterie.
M. de Coopman, médecin-major territorial de 2e classe, chef de service au 350e régiment d'infanterie.
M. Cahuzac, médecin aide-major du 6e chasseurs d'Afrique.
M. Jullien, médecin-major de 1re classe.
M. Chirpaz, médecin aide-major de 2e classe au 2e régiment de tirailleurs algériens.
M. Pauvert, médecin aide-major de 2e classe au 131e régiment d'infanterie.
M. Rouget, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé d'un corps d'armée.
M. Colat, médecin-major de 2e classe au 26e régiment d'infanterie coloniale.
M. Jamyot de la Haye, médecin aide-major de 2e classe au 41e régiment d'infanterie.
M. Martin, médecin principal de 1re classe.
M. Lanusse-Crousse, médecin-major de 1re classe.
M. Doreau, médecin-major de 1re classe au 22e régiment d'infanterie coloniale.
M. Mercier, médecin major de 2e classe au 22e régiment d'infanterie coloniale.
M. Patterson, médecin-major de 2e classe au 22e régiment d'infanterie coloniale.
M. Arrighi, médecin auxiliaire au 21e régiment d'infanterie coloniale.
M. Gueguen, médecin auxiliaire, élève de l'Ecole du service de santé de Bordeaux, du 43e régiment d'infanterie coloniale.
M. Blazer, médecin auxiliaire au 235e régiment d'infanterie.
M. Diehl, médecin auxiliaire au 51e régiment d'infanterie.
M. Jean, médecin auxiliaire de réserve au 31e régiment d'infanterie.
M. Talbot, médecin-major de 1re classe au 1er régiment d'infanterie coloniale.
M. Bigollier, médecin aide-major au 1er régiment d'infanterie coloniale.
M. Huot, médecin aide-major au 1er régiment d'infanterie coloniale.
M. Alexandre, médecin aide-major au 1er régiment d'infanterie coloniale.
M. Dormoy, médecin auxiliaire au 1er régiment d'infanterie coloniale.
M. Caujole, médecin-major de 2e classe au 301e régiment d'infanterie.
M. Rauzy, médecin-major de 1re classe au 125e régiment d'infanterie.
M. Fischer, médecin auxiliaire du groupe de brancardiers de la 89e division territoriale d'infanterie.
M. Le Voyer, élève de l'école de santé de la marine au 75e régiment d'infanterie.

Médecins civils cités à l'ordre du jour. — Le *Journal officiel* publie la mention suivante :

Le Gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite du Dr Langlet, maire de Reims, « qui a su donner à ses concitoyens le plus noble exemple de sang-froid, de courage et de dignité pendant l'occupation et le bombardement de cette ville. »
M. Raoult, médecin à Raon-l'Etape (Vosges).
M. Latour, interne en médecine, à Arras (Pas-de-Calais).
M. Jacquin, adjoint au maire de Reims.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nous recevons la lettre suivante dont l'intérêt ne saurait échapper a personne :

« Mon cher Confrère,

« Votre entrefilet concernant les patentes, dans votre numéro du 10 février, m'a beaucoup intéressé et j'en ai pris bonne note pour pouvoir réclamer le cas échéant

« Mais j'ai reçu hier un avertissement pour les prestations se rapportant a mes deux voitures automobiles.

« Or, je suis parti le 2 août et depuis le 4 septembre (date à laquelle le remplaçant que j'avais est parti) les voitures ne sont pas sorties, et elles ne sortiront pas jusqu'à mon retour. Il ne semble pas équitable de payer les 80 francs qu'on me réclame : j'ai deux petites voitures faisant, à elles deux, 17 chevaux. Puis-je obtenir un dégrèvement ?

« Veuillez agréer, etc.

« Dr G... »

Nous ne pouvons qu'approuver vivement les remarques de notre confrère.

Il est de toute évidence, en effet, que notre confrère, du fait de sa mobilisation, étant placé dans l'impossibilité de faire usage de ses voitures ne peut légitimement être tenu à payer des impôts afférent à l'emploi de ces dites voitures.

Aussi sommes nous assurés qu'il lui suffira de présenter sa légitime réclamation pour voir celle-ci accueillie avec faveur.

La patente des médecins.

M. Duboys-Fresney, député, ayant demandé à M. le ministre des Finances : 1° si les médecins appelés sous les drapeaux et, par extension, tous les patentables mobilisés, pourront obtenir, par réclamation individuelle, ayant un caractère de remise gracieuse, le dégrèvement de la patente de 1914, au cas où cette contribution n'aurait pas encore été payée ; 2° si ces mêmes contribuables pourront obtenir d'office, pour 1915, la remise de leur patente, en a reçu la réponse suivante :

« En vertu du principe de l'annualité de l'impôt, les médecins et les autres contribuables qui, par suite de la mobilisation, ont cessé l'exercice de leur profession, doivent la totalité de leur patente pour l'année 1914. Ils pourront toutefois, sur demandes individuelles, obtenir la remise gracieuse des droits qu'ils n'auraient pas encore acquittés, si, après examen de leur situation, ils sont reconnus se trouver hors d'état de se libérer intégralement envers le Trésor. Des instructions ont d'ailleurs été adressées au service des Contributions directes pour que les réclamations de l'espèce soient vérifiées avec le plus large esprit de bienveillance.

« En ce qui concerne l'année 1915, ces mêmes contribuables ne deviendront passibles de la patente qu'à partir du 1er du mois où ils reprendront l'exercice de leur profession.

« Dès lors, tous ceux qui auront été inscrits aux rôles seront dégrevés d'office, sans aucune intervention de leur part, dans les conditions prévues par l'avis inséré au *Journal officiel* du 28 janvier dernier (p. 471) et dont le texte est rappelé ci-dessous :

« Divers groupements professionnels se sont préoccupés de savoir si ceux de leurs adhérents qui ont dû cesser d'exercer leur profession pendant la guerre pourront néanmoins être tenus, en 1915, au payement de la contribution des patentes.

« Le ministre des Finances a décidé que tous les patentables dont les établissements se sont trouvés fermés au 1er janvier de l'année courante, par suite de circonstances se rattachant directement à l'état de guerre (appel de l'intéressé sous les drapeaux, mobilisation de son personnel, etc.), devront bénéficier de l'exemption d'impôt pour les mois de ladite année pendant lesquels ils n'auront pu exercer leur profession.

« Cette décision s'applique, bien entendu, aux avocats, médecins et autres personnes exerçant une profession libérale.

« Des instructions ont été adressées au service des Contributions directes pour que les dégrèvements auxquels auront droit de ce chef les patentables compris dans les rôles soient prononcés d'office, c'est-à-dire sans que les intéressés soient astreints à présenter aucune réclamation.

« La liquidation des dégrèvements sera effectuée au moment de la réouverture des établissements, si l'exercice de la profession est repris en 1915, et, dans le cas contraire, la décharge complète de l'impôt sera accordée en fin d'année.

« Les contribuables appelés à bénéficier d'une exonération de patente, dans les conditions ci-dessus indiquées, seront d'ailleurs signalés aux percepteurs afin qu'aucune poursuite ne soit engagée contre eux, tant que leur situation ne sera pas définitivement réglée.

« Seront également alloués d'office, en ce qui concerne la taxe des prestations, les dégrèvements motivés par des faits résultant de la mobilisation et de l'état de guerre. »

ÉCHOS

L'esprit dans les tranchées.

Les prouesses que nos artilleurs accomplissent chaque jour excitent la verve de nos hommes vivant dans les tranchées.

Comme il venait d'assister à la dispersion d'un parti allemand après quelques obus envoyés à propos par notre merveilleux 75, un de nos confrères, stomatologiste réputé il y a seulement quelques mois et qui, aujourd'hui, exerce sur le front, s'écrie avec un bon rire : « Quel admirable *rince-boche* que ce canon ! »

— Pardon, riposte aussitôt un fougueux syndicaliste devenu présentement un troupier fini : « Ce n'est point ça du tout. Le 75, c'est la véritable machine à *bocheler*... »

Même dans les tranchées, on le voit, la verve gauloise ne perd jamais ses droits !...

Le purulent Guillaume.

FABLE-EXPRESS

Guillaume le Kaiser
Aime à se déguiser
Pour épater les boches
Qu'il porte l'habit d'Hoche
Une veste, un dolman,
Toujours il sera moche
Malgré son fourniment.
Manchot, miteux, bancroche,
Avarié, fantoche,
Il reste un pur ublan.

Moralité :

On va lui percer l'flanc

Docteur de Saint-Mandé.

Une école nationale pour les mutilés.

Le Gouvernement vient de décider la création d'une école nationale pour les soldats mutilés à la suite des blessures de guerre.

Le but de cette école est de recueillir les soldats mutilés, après l'achèvement du traitement médical et chirurgical. Dans cette institution nouvelle ils seront tout d'abord pourvus des appareils que leur état rend nécessaires, puis ils seront soumis à une éducation fonctionnelle. Lorsque leur état physique leur permettra de travailler, on leur donnera une éducation professionnelle. On procurera ainsi aux victimes de la guerre les moyens d'assurer leur existence.

L'école nationale pour les mutilés sera installée dans les bâtiments de la maison de santé de Saint-Maurice, dans le département de la Seine. Ces bâtiments, très vastes et bien aménagés, permettent de recevoir 600 à 700 pensionnaires. A proximité de cette maison de santé se trouvent de vastes ateliers qui se prêteront admirablement à l'organisation de l'enseignement technique des mutilés.

En décidant cette création, le Gouvernement n'entend pas porter préjudice aux entreprises créées depuis quelques mois par l'initiative privée. L'école nationale des mutilés doit stimuler au contraire et régulariser toutes les œuvres particulières fonctionnant déjà et sur le point d'êtres créées.

Avis.

On demande confrères avec titres scientifiques importants, pouvant faire articles signés ou non, bien retribués

Ecrire initiales A. R., au journal, qui transmettra.

Poste d'interne.

Un poste d'Interne en médecine à la Maison Départementale de Nanterre sera prochainement vacant pour la durée de la guerre S'y adresser.

Remplacement.

Docteur demandé à Paris, pour remplacer mobilisé. Ecrire au Journal.

86e Année (Série XIVe) — No 265 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 21 Avril 1915

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Ancienne *Gazette de Santé*
(142e Année)

Sommaire du Numéro du 21 Avril 1915

ÉCHOS

Nos amis.

Nous apprenons avec plaisir que notre distingué collaborateur le docteur Izou, blessé récemment par un éclat d'obus, est aujourd'hui rétabli et vient de repartir pour le front.

La lutte contre le tétano.

Le Dr Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon, médecin-chef de l'hôpital complémentaire V. G. no 5, 19, rue Oudinot, Paris, prie ses collegues des hôpitaux militaires fixes, temporaires, complementaires, auxiliaires, de vouloir bien lui envoyer les observations detaillées des cas de « tétanos retardés » c'est à-dire de cas de tétanos ayant apparu environ 20 jours ou plus de 20 jours après la blessure de guerre qui est censée avoir déterminé le tétanos.

Il serait reconnaissant, si ses collégues voulaient bien lui envoyer les observations aussi détaillées que possible de cas de tétanos apparu chez des blessés qui auraient reçu l'injection préventive.

Réorganisation du service de santé.

Le ministre de la guerre vient d'apporter diverses réformes dans le service de santé. Celles-ci concernent l'organisation générale du service et du personnel.

L'intérieur du territoire est, on le sait, divisé en vingt et une régions. Alors que précédemement quelques-une de ces régions étaient groupées et reunies dans une même direction au point de vue du service de sante, chacune de ces régions sera désormais pourvue d'un inspecteur général ou d'un medecin inspecteur.

D'autre part, le docteur Février, qui était directeur du service de santé du camp retranché de Paris, est remplacé à ce poste par le médecin inspecteur Dziewonski. Il est chargé de l'inspection générale de la quatrième région, au Mans

Le docteur Vaillard, qui était directeur du comité technique, est chargé de l'inspection génerale de la région de Paris.

Les insignes des médecins militaires.

Une délégation du groupe médical parlementaire, composée de MM. Coyrard, Doizy, Defos, Delom-Sorbé, Gilbert Laurent, Merlin, Mourier, Peyroux, a été reçue par le ministre de la guerre

La délégation a remis au ministre une note émanant des diverses associations médicales françaises, lesquelles demandent qu'aucune modification ne soit apportée aux insignes du service de sante militaire.

Le ministre a promis à la délégation d'examiner cette question avec soin et avec le désir de donner, si possible, toute satisfaction au corps médical.

Commission des stations hydrominérales et climatiques.

MM. Rabier, conseiller d'Etat ; Armand Gautier membre de l'Académie des sciences ; Gariel, membre de l'Académie de médecine ; Tauzin, inspecteur général des mines ; Pouchet, représentant du conseil supérieur d'hygiène publique de France, ont été désignés pour faire partie de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France.

Tel père, tel fils

Capitaine d'infanterie coloniale, le fils du docteur Robin, membre de l'Académie des Sciences, se signala par sa vaillante conduite lors de la prise du fortin de Beauséjour, où il fut grièvement blessé. Pouvait-on, d'ailleurs, attendre moins de courage d'un Français dont le père, en 1870, fait prisonnier, s'évada, fut repris à nouveau, s'évada encore, fut cite deux fois à l'ordre du jour et reçut la croix sur le champ de bataille ?

A nos confrères de l'Armée.

Nous avons bien reçu de nombreuses lettres de majors nous exposant des desiderata ou formulant des idées utiles. Nous avons fait de notre mieux en signalant les cas intéressants et en conservant le secret professionnel de rigueur.

Nos Confrères aux Armées

Depuis près de neuf mois, nos soldats, sur toute l'étendue du front, luttent avec un admirable courage, défendant notre sol contre l'envahisseur qu'ils repoussent pas à pas, en attendant le jour où, prenant enfin et définitivement une irrésistible offensive, ils le refouleront au delà de nos frontières et, à leur tour, envahiront le sol allemand.

Une lutte aussi gigantesque, naturellement, ne va pas sans des pertes cruelles.

Nombreux, hélas, sont nos morts ; plus nombreux encore nos blessés !

C'est dire que dans les heures actuelles, le rôle de nos médecins d'armée a été d'une importance capitale.

Et, de fait, depuis le début de la campagne, ils ne cessèrent d'être à la peine. Médecins de régiments, de postes de secours, d'ambulances, d'hôpitaux de l'avant ou de l'arrière, tous, sans compter, ont fait tous leurs efforts, apporté leur plus actif, leur plus généreux concours, et cela malgré les difficultés, malgré les périls.

Ceux-ci, hélas, sont réels.

Plus de mille d'entre nous, à l'heure présente, ont été victimes de la guerre. Cent cinquante ont été tués, plusieurs centaines blessés plus ou moins grièvement, d'autres atteints par la maladie ont du être évacués et sept cents, croyons-nous, sont contre tout droit gardés prisonniers dans des camps de l'Allemagne avec 2.000 infirmiers.

Comme l'a déclaré le professeur Léon Labbé au Ministre de la Guerre, le corps médical est, après l'infanterie, celui qui compte le plus élevé pourcentage de morts et de blessés.

De tels chiffres seraient pour surprendre si l'on ne savait que, systématiquement, les Allemands, gens de « Kultur », comme personne aujourd'hui ne l'ignore, signent leur « civilisation » par des atrocités et, entre autres, sont accoutumés à tirer systématiquement sur toutes les formations sanitaires. Le pavillon de la Croix Rouge, qu'ils ne négligent jamais pour leur compte d'arborer sur leurs moindres ambulances, constitue pour leurs soldats un but d'élection quand il flotte sur les hôpitaux de l'adversaire.

De parti délibéré, les formations sanitaires, grandes ou petites, étant ainsi pour nos ennemis un objectif désigné, on ne saurait être surpris que notre corps médical compte actuellement tant de victimes.

Cet acharnement si misérable contre des non-combattants, à l'encontre de ce qu'espéraient certainement nos adversaires, est demeuré sans résultats.

Aucun d'entre nous, malgré le danger, n'a déserté son devoir.

Sous les balles, sous les obus, les médecins français ont continué partout et continueront toujours à soigner leurs blessés et c'est le plus simplement du monde, sans jamais un seul instant perdre de leur belle humeur, de leur gaieté, de leur sang-froid, que les nôtres ont ainsi donné ce bel exemple des plus hautes vertus militaires.

Les actes de courage, d'héroïsme, faut-il dire plus justement, accomplis par les médecins militaires au cours de cette campagne, ne se comptent plus et les citations à l'ordre de l'armée, les inscriptions aux tableaux de la Légion d'honneur et de la Médaille militaire enregistrées au Journal Officiel *sont loin de rappeler tous les traits de dévouement du corps médical.*

Combien, cependant, ce Livre d'Or, forcément incomplet, de l'héroïsme des nôtres mérite de retenir l'admiration !

Mais, ce n'est pas seulement par leur mépris du danger et de la mort que les médecins aux armées se signalent à l'attention.

Leur dévouement à la patrie est de tous les instants et s'exerce de toutes les manières.

Sur la ligne de feu, ils relèvent les blessés sans crainte des balles qui sèment la mort autour d'eux ; dans les hôpitaux et les ambulances de l'arrière, ils se dépensent également sans compter, luttant sans trêve contre les maladies épidémiques qui sévissent en certaines régions, ne ménageant jamais leurs efforts, et payant, toujours de leur propre personne, comme le faisait encore tout récemment le docteur Julié (de Dijon) qui, à Sarcy, dans la Meuse, à deux reprises, des transfusions sanguines ayant été reconnues nécessaires pour sauver des blessés gravement atteints, s'offrit tout simplement comme donneur de sang.

De tels traits ne sont point isolés !

Mais, qu'il en soit de la sorte, c'est ce dont tout entier le corps médical français à le droit d'être fier !

Jamais, en effet, en aucun pays et en aucun temps, il n'a été fait mieux.

Gloire au corps médical français tout entier.

Dr LUCIEN-GRAUX.

Une distinction à la « Gazette »

La *Gazette médicale de Paris* vient de recevoir une mention honorable de la « Société contre l'abus du tabac ».

Cette distinction accordée à notre journal pour ses efforts continus dans la lutte antitabagique nous est justement précieuse.

L'Avenir de nos Stations thermales

Une des conséquences les plus intéressantes de la guerre actuelle aura été de réveiller chez nos commerçants et nos industriels l'esprit d'initiative, de les amener à sortir de la torpeur où trop souvent ils s'enlisaient et de les conduire à reprendre sur le marché mondial une place qu'ils n'auraient jamais dû abandonner.

L'industrie des produits chimiques et pharmaceutiques en particulier, se trouve ainsi appelée à une activité toute nouvelle et il y a désormais tout lieu de penser qu'elle saura se délivrer définitivement de la sujetion ou chez nous elle était maintenue.

Les efforts faits de tous côtés et que nous avons ici même enregistrés permettent de le penser.

Mais, ce n'est pas tout de voir la pharmacie française cesser d'être sous la dépendance des producteurs d'Outre-Rhin.

Il est encore une branche d'industrie, celle des stations thermales et climatiques, où les Autro-allemands avaient su conquérir une clientèle considérable dont ils s'enrichissaient, et qui, la guerre terminée, ne devra plus demeurer leur apanage injustifié.

Fort habilement, les Allemands, qui possèdent 200 stations thermales, 90 stations balnéaires et un grand nombre de stations dites « de cure d'air », et les Austro-Hongrois qui ont de leur côté 70 stations thermales, 30 stations balnéaires et aussi de nombreuses stations climatiques, avaient su attirer chez eux, grâce à leurs efforts intelligents et méthodiques, une abondante clientèle étrangère.

Anglais, Américains, voire aussi des Français, accouraient en foule dans ces stations installées luxueusement et servies en outre par une habile réclame.

Il était de bon ton d'aller prendre les eaux dans ces stations étrangères dont on achetait ensuite les eaux en bouteille une fois rentré en France la « saison » achevée.

Les événements actuels ont chassé pour longtemps les visiteurs des pays austro-allemands.

Sachons en profiter. Notre France, en ce qui concerne les stations climatiques, les stations thermales et balnéaires, est peut être le pays le mieux partagé qui soit au monde.

Pour attirer chez nous les visiteurs, et en particulier la riche clientèle étrangère, il suffit de le vouloir. Or, la chose en vaut la peine. On évalue à près de neuf cents millions le chiffre d'affaires que représentait annuellement pour les pays austro-allemands l'industrie balnéaire et des eaux minérales.

Nul doute que cet énorme trafic ne puisse être détourné à notre profit pour la plus grande part si nous faisons à cet égard quelques efforts.

Ceux-ci, aussi bien, sont faciles à poursuivre.

Nous possédons en qualité et en variété des sources minérales nombreuses et justement réputées.

Pour attirer chez nous les visiteurs et pour les retenir il ne reste donc qu'à les faire connaître par une publicité intelligemment comprise.

Mais, c'est là une tâche que le corps médical, que les municipalités, les syndicats d'initiative, les Sociétés d'eaux minérales, les compagnies de transports, etc., n'auront garde de négliger.

Agrégation des Facultés de Médecine

Une session d'examens pour les candidats aux épreuves du premier degré prévues par l'arrêté du 1er mars 1914 relatif à l'organisation du concours d'agrégation dans les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le 9 novembre 1915.

Les registres d'inscription seront ouverts dans les secrétariats des académies, du 9 juillet au 9 septembre 1915.

Les candidats devront, en se faisant inscrire, satisfaire aux prescriptions édictées par l'article 2 de l'arrêté du 18 juillet 1913 et articles 4 et 5 de l'arrêté du 1er mars 1914.

UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE Réduction des Luxations de l'Épaule

Par M. le Dr ANGELVIN (de Marseille)

Habituellement la mise en scène pour une réduction de luxation de l'épaule est dramatique, si l'on en juge par les classiques. « L'extension, dit M. Gangolphe, exige un ou deux aides jeunes et vigoureux, la contre-extension autant ; quant à la réduction de la tête humérale, elle résulte à la fois des efforts des aides et de l'action directe exercée sur elle par le chirurgien... »

J'attire l'attention sur cette dernière phrase, car il est à noter qu'avec l'harmonie absolue pour la traction, la contre-extension et la réduction est très difficile, sujette à des à-coups, même avec des aides expérimentés.

D'autre part, l'incapacité fonctionnelle d'un bras luxé est singulièrement aggravée par le laps de temps qui s'est écoulé entre la luxation et la réduction ; cependant elle peut et doit être nulle, si la réduction est faite presque immédiatement après la luxation, mais il faut pour cela disposer d'une méthode simple, sûre, permettant d'opérer seul n'importe où, sur un chantier, à la campagne.

Or, depuis 1905, j'emploie un procédé, absolument personnel, qui réalise ces conditions et dont voici le *modus faciendi :*

Dans un premier temps on lève le bras luxé et on le met en abduction.

Dans un second temps, l'opérateur fait passer le bras du blessé sur sa nuque et, pour exercer les tractions, prend point d'appui sur le côté latéral du malade.

Comme on le voit sur la figure ci-contre, l'opérateur saisit vigoureusement de sa main droite la main du bras luxé et, de sa main gauche entièrement libre, dirige la tête humérale et l'humérus à volonté et sans effort. Il fait ainsi lui-même l'extension, la contre-extension et la réduction. Il n'y a donc pas d'à-coups et la force développée est largement suffisante si l'on considère que l'opérateur agit sur un bras de levier qui la décuple facilement.

Je ne veux pas mettre ce procédé en parallèle avec celui de Kocher ou d'autres avec lesquels des chirurgiens expérimentés ont fracturé l'humérus à sa partie moyenne sans réduire la luxation.

Voici, à titre d'exemple, le résultat d'une des réductions que j'ai ainsi pratiquées.

Un charpentier de trente-cinq ans, étant tombé d'une hauteur de 6 mètres sur le bras droit, se rendit péniblement à mon cabinet en soutenant son bras malade de l'autre main. Je constatai une luxation très nette de l'humérus en bas, la cavité glénoïde était vide et l'on sentait très bien la tête humérale dans la cavité sous-caracoïdienne. Je fis la réduction immédiatement, c'est-à-dire une demi-heure après l'accident, sans aides, en quelques secondes.

Le blessé put s'habiller seul un quart d'heure après la réduction avec une liberté complète de mouvements. Il a repris son travail le lendemain.

On sait que dans la majorité des cas les luxations de l'épaule sont dues à une cause indirecte. Elles résultent d'un mouvement forcé d'abduction ou d'élévation du bras auquel se combine une propulsion de la tête humérale dans le sens du déplacement (chute sur le coude ou sur la main).

La tête humérale, abandonnant la cavité glénoïde, se porte presque toujours en avant pour produire, selon le cas, une luxation sous-coracoïdienne, intracoracoïdienne ou sous-claviculaire. Après déchirure de la capsule articulaire, la tête humérale s'engage dans la brèche, puis se relève autour d'un point fixe constitué par les insertions de la partie haute de la capsule et se porte en dedans et en haut. La luxation comporte donc quatre temps dans lesquels la tête humérale se porte successivement en avant, en bas, en dedans et en haut.

Dans le premier temps de mon procédé le bras est élevé et la tête humérale abaissée ; il y a donc correction du quatrième temps de la luxation. Dans le deuxième



temps de ma méthode, je produis un déplacement de la tête humérale en sens inverse des troisième, deuxième et premier temps de la luxation.

Ainsi se trouvent réalisées très simplement les conditions d'une parfaite réduction, dans laquelle il faut en principe reproduire en ordre inverse les mouvements et violences qui ont produit cette luxation.

J'ajoute, en terminant, que mon procédé pourrait s'appliquer, avec quelques modifications, aux réductions des luxations du coude, des fractures de la clavicule, etc.

Curieuse Blessure

A l'hôpital de Cambrai se trouvent de nombreux blessés, dont quelques-uns ont échappé à la mort de façon presque miraculeuse.

Ainsi, un homme fut atteint, en pleine poitrine, par un énorme éclat d'obus. Normalement, il aurait dû avoir la poitrine entièrement défoncée, tandis qu'il en a été quitte pour une contusion. Un autre reçut un petit éclat d'obus qui vint lui traverser les deux joues, lui brisant toutes les dents ; il s'en tira avec une figure enflée, sans que sa langue eût souffert en quoi que ce soit.

Un autre homme fut atteint d'une balle qui lui traversa tout le corps, passant juste au-dessus du cœur sans léser aucun organe essentiel. Il put, malgré sa blessure, marcher trois kilomètres avec son équipement jusqu'à l'ambulance. Là, une infirmière lui fit un pansement antiseptique et, le lendemain, il retournait au front.

Un autre a reçu dans le corps onze balles et, non seulement il vit, mais il a pu écrire à sa femme des détails sur ses blessures.

L'on peut bien dire avec l'adage qu'il y a des hommes qui ne sont pas nés pour être tués.

Hygiène et Éducation sociale DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Par M. le Docteur André LUCAS

Ancien interne de l'Hôpital St-Lazare
Membre de la Commission extra-parlementaire du Régime des Mœurs
Médecin consultant à Monte-Carlo

Les maladies vénériennes sont à l'heure actuelle extrêmement répandues ; il est même impossible de dire d'une façon rigoureusement exacte quelle en est la fréquence. Bien mieux les documents font défaut pour dire d'une façon certaine si les maladies vénériennes sont en décroissance. Certains même vont prétendre qu'elles sont en déclin comme gravité et qu'elles ne doivent pas préoccuper les sociologistes outre mesure.

La vérité est malheureusement tout autre ; elles se trouvent parmi les affections les plus redoutables, car indépendamment qu'elles tuent, elles laissent le plus souvent des infirmités incurables qui créent des infirmes, brisent des situations, plongent des familles dans le désespoir. Et ce n'est pas tout, elles portent plus loin encore leurs méfaits, elles atteignent la descendance, provoquent l'avortement, créent des dystrophies congénitales qui mènent à la tuberculose.

Au point de vue national, les conséquences en sont des plus fâcheuses par la diminution de la natalité.

Les maladies vénériennes, mal soignées atteignent donc l'homme dans son intégrité fonctionnelle, dans sa vie, dans son bonheur, dans ses affections et dans sa descendance.

Le moment est venu où il faut enrayer le fléau, mais pour cela il importe que tout le monde sache ce que sont les maladies vénériennes.

Pour cela, on doit faire l'éducation des jeunes gens et des jeunes filles et leur enseigner l'hygiène sexuelle.

L'éducation sexuelle est la base de la lutte contre les maladies vénériennes. Jusqu'ici, cette éducation a toujours été refusée à la jeunesse.

Est-ce donc un épouvantail ? et cependant la connaissance de l'instruction sexuelle est la base nécessaire, indispensable, pour que l'adolescent soit un pratiquant de l'hygiène sexuelle.

Nous savons, en effet, que les maladies vénériennes ont leur origine dans l'ignorance, l'inexpérience et l'inconscience.

L'éducation sexuelle est une question grave, mais il faut se souvenir que les jeunes gens et les jeunes filles ne sont instruits généralement des choses sexuelles et de celles de la génération que par des conversations entre eux et en matière passionnelle ; ni hommes ni femmes ne sont instruits à calculer la portée et les conséquences de leurs actes.

Il importe que l'on en finisse avec l'ignorance.

Il est temps de lutter contre des idées préconçues et surannées, il faut affirmer qu'il n'est pas plus déshonorant d'être syphilitique qu'il l'est d'être tuberculeux.

Rayons le mal honteux, les affections secrètes qui autrefois faisaient reconnaître les hommes de mœurs pures et les impudiques.

Il devrait être interdit d'employer ces expressions sur les étiquettes des marchands de drogues ou sur les annonces et réclames de certains médecins. Ceci posé, comment doit-on faire l'éducation des jeunes gens ?

La lutte contre les affections vénériennes

doit être préventive par l'instruction et l'éducation et curative.

La lutte préventive devra donc se faire par l'éducation dans la famille d'abord, car il paraît rationnel qu'à l'âge où s'éveille la recherche sexuelle, la mère, s'il s'agit d'une fille, le père s'il s'agit d'un jeune homme, donnent les premières notions.

A l'école, il devrait être institué un cours d'hygiène où on enseignerait aux jeunes gens des notions simples et pratiques de l'anatomie et de la physiologie humaine, suivies de leçons sur la possibilité des maladies vénériennes et les expliquer.

Cet enseignement doit à notre avis être fait par des médecins qui montreraient plus facilement que tout autre la nécessité de l'hygiène corporelle.

On viendra bien opposer qu'un jeune homme de quinze ans n'est pas apte à recevoir tous ces renseignements, tous ces aperçus, que l'on risque de heurter les sentiments des parents. Eh bien ? Non, car l'enseignement serait précis, mais donné avec tact et discrétion.

Il serait également nécessaire, on pourrait même dire indispensable de continuer l'enseignement des jeunes gens dans les œuvres post-scolaires ; mais où cela est utile, c'est au régiment.

Au régiment, un enseignement bien organisé serait une nouvelle occasion de leçons et de conseils, il donnerait, nous en sommes certains, d'excellents résultats.

Il importerait de bien faire comprendre aux jeunes soldats que les maladies vénériennes ne sont pas des maladies honteuses, qu'ils doivent sans fausse honte se faire soigner par le médecin du régiment sans aucune crainte, et qu'ils apprennent comment on peut éviter ces maladies puisque M. le Ministre de la Guerre peu de temps avant la guerre a prescrit des conférences médicales.

La lutte curative contre les maladies vénériennes devra se faire d'abord par la facilité du traitement.

Il faut multiplier les consultations de ces affections dans tous les hôpitaux et leur donner des heures convenables ; et assurer la gratuité des soins et du traitement pour les personnes peu fortunées.

Il conviendra pareillement d'encourager les malades à se faire soigner en supprimant toutes les conditions capables de singulariser les vénériens.

Le traitement sera facilité, mais il faudra maintenant les soigner par un traitement énergique, rationnel et continue.

Dans la blennorragie, il faut se souvenir que c'est une affection souvent grave et dont on ne doit pas se moquer comme le font la plupart des jeunes gens, bien qu'aujourd'hui depuis la découverte du Pagéol nous soyons bien armés contre elle ; en effet, elle a des conséquences éloignées pour l'âge mûr et la vieillesse et enfin des conséquences pour la famille et la société. Voyez ces jeunes femmes condamnées à la métrite, à la salpingite, etc., vouées à la stérilité parce qu'elles ont été contaminées dès les premiers rapports par des maris, des amants qui, autrefois, avaient ri de leur chaudepisse.

Actuellement, nous sommes bien armés pour la lutte contre ces affections ; ainsi ne vient-on pas d'essayer le radium pour combattre ces affections, mais les expériences sont trop nouvelles pour nous y appesantir ; nous avons mieux. Lorsqu'on veut lutter contre les affections contagieuses, telles la fièvre typhoïde, la variole, etc... on emploie pour désinfecter les locaux contaminés le formol en vapeur ; ici, dans la lutte contre des affections si contagieuses, comme l'a dit Guyau, c'est au formol que l'on devra avoir recours.

Le but à remplir, en effet, c'est de mettre la muqueuse vaginale, utérine à l'abri des microbes pathogènes. Doléris fut le premier qui conseilla le formol parmi les autres antiseptiques utilisés en injections chez la femme, mais si le formol est un puissant désinfectant et possède un pouvoir antiseptique très élevé, il possède un pouvoir irritant sur les muqueuses, c'est ce qui l'a fait écarter jusqu'à présent dans l'emploi en injections ou lavages vaginaux.

Mais en le combinant à l'alumine sulfatée comme le réalise si bien la Gyraldose, on évite son action irritante tout en conservant son pouvoir antiseptique. Ces deux corps associés au thymol qui a un pouvoir antiseptique élevé et un pouvoir astringent assez grand sans causticité vis-à-vis des muqueuses, offrent aux médecins le désinfectant parfait qui procure aux malades le maximum d'effets antiseptiques thérapeutiques sans aucun effet irritant.

Si on soigne la blennorragie sérieusement, la lutte curative de la syphilis doit être bien plus sévère encore. En effet, la syphilis une fois déclarée et confirmée, à ce moment le syphilitique est un danger pour sa famille, pour son entourage, pour la société.

Le médecin doit toujours être consulté et ce dernier a le devoir d'instruire son malade et de lui faire comprendre qu'avec un traitement soutenu, bien compris, il vivra comme tout le monde ; bien soigné, il pourra enfin se marier et procréer des enfants, car pour un syphilitique, le mariage tout est là.

Ainsi donc, au point de vue de l'hygiène et de l'éducation sociale des maladies vénériennes, il importe que l'éducation des jeunes gens soit faite dans la famille par le père et la mère ; à l'école, au lycée, au collège par des médecins ; aux œuvres post-scolaires par des conférences instructives, et enfin au régiment par des conseils et des leçons donnés par le major du régiment.

Indépendamment de cette lutte préventive il s'agira d'organiser la lutte curative en soignant les malades dans de nombreux dispensaires, en leur accordant de grandes facilités de traitement et enfin en employant des produits qui auront fait leurs preuves comme antiseptiques et comme désinfectants énergiques.

Dans cette lutte préventive des maladies vénériennes d'abord et dans la lutte curative ensuite nous devons nous souvenir qu'en dépensant nos efforts, nous faisons œuvre utile pour l'humanité toute entière car nous aurons régénéré la race, en arrêtant les tares et les maladies qui compromettent son avenir.

L'Examen d'un Cœur au Conseil de revision

Par M. le Docteur ARTHUR LECLERCQ

Nombre de recrues, auxiliaires et réformés, même avec des certificats médicaux, ont échappé et échappent tous les jours à l'esprit de la loi, qui veut que tout homme valide et exempt de toute tare organique, et dans l'espèce de maladie de cœur dûment authentiquée, participe au service armé. Il est, d'autre part, profondément regrettable que l'examen toujours fort délicat et très spécial du cœur soit confié, tant dans les bureaux de recrutement que dans les conseils de revision, à des spécialistes, qui, par ailleurs très distingués, sont tout naturellement fort embarrassés, quand il s'agit de prendre une décision sur le candidat qui leur est présenté et quand le cas se présente de distinguer une lésion véritable du cœur de ce qui n'est qu'un trouble fonctionnel. Depuis que j'ai l'honneur de prendre part à la révision des auxiliaires à l'hôpital Saint-Martin, j'ai acquis cette conviction que si l'on opérait sciemment un deuxième filtrat des hommes qui ont esquivé le passage dans le service armé pour cause de maladie de cœur, on pourrait encore faire un repêchage de beaucoup d'éléments utiles à la défense nationale.

I. *Cas où l'on* PEUT *prononcer le service armé, l'ajournement, l'auxiliaire ou la réforme.*

SÉMIOLOGIE. — Les *souffles*. — La question du souffle est peut-être, de toutes, celle qui tient le plus le médecin en arrêt. Un souffle est-il organique ou extra-cardiaque ? En général, le souffle organique possède des caractères propres : il est accompagné le plus souvent, quand il s'agit de rétrécissement surtout, de frémissement cataire. Il est rude, sauf pour l'insuffisance aortique, il se propage, il reste localisé dans la région du cœur d'où il émane. Il couvre entièrement la systole ou la diastole. Existe-t-il à la pointe, est-il systolique, a-t-il sa propagation nette dans l'aisselle on dira : insuffisance mitrale. Est-il présystolique ou revêt-il la forme de roulement, on pensera au rétrécissement mitral. Existe-t-il à l'orifice aortique et avec propagation nette vers la clavicule droite, on pensera au rétrécissement aortique. Le souffle systolique existe-t-il au foyer de l'artère pulmonaire avec propagation vers la clavicule gauche, il faudra penser au rétrécissement, rare, de l'artère pulmonaire. Le même souffle systolique a-t-il son maximum de foyer au niveau de la pointe de l'appendice xiphoïde, on conclura à l'existence plus rare encore d'une insuffisance tricuspidienne. Entend-on un souffle systolique médiosternal avec frémissement cataire, on pensera à la maladie de Roger. Si enfin on entend un souffle doux, humé, diastolique avec tendance nette à la propagation vers la pointe et souvent vers le bord gauche du sternum, il faut dire : Insuffisance aortique.

Dans tous ces cas, on proposera l'exemption ou le service auxiliaire si la maladie est bien compensée, la réforme si l'affection présente des signes de décompensation.

Tout autre est la physionomie des souffles anorganiques ou extra-cardiaques. Ils ne couvrent pas entièrement la systole, ils sont non holosystoliques comme les souffles organiques, mais méso, proto, télésystoliques. Ils sont, quant à leur siège, dans la majorité des cas, préventriculaires et le plus souvent échelonnés sur le bord gauche du sternum là où, d'après la théorie de Potain, la languette de Luschka se met le plus en rapport avec la paroi thoracique. Rarement ils siègent dans la région de la pointe ou des infundibula aortique ou pulmonaire. Ils sont doux, *pa-foutt-ta*, ne se propagent pas, ils naissent et meurent sur place, et ne s'accompagnent pas de vibration thoracique. Ils n'existent qu'avec un cœur petit, éréthique : petits cœurs soufflent, gros cœurs restent silencieux. Ils varient avec les mouvements respiratoires, disparaissent avec l'amplitude exagérée de la respiration pour reparaître avec une respiration faible. En cas de doute encore, faites coucher le sujet ; si vous percevez le souffle dans la position couchée faites-le asseoir, le plus souvent le souffle disparaît. Toutes ces conditions, qui trouvent leur réalisation absolue avec la loi de Potain, ne permettent plus de faire la confusion entre un souffle organique, confusion qui serait d'autant plus regrettable

que l'on sait combien l'émotivité produite par un examen médical est un cause favorisante, chez les candidats, pour le développement des souffles extra-cardiaques.

Or, dans tous ces cas, la décision à prendre est hors de doute : tous les sujets porteurs de souffles extra-cardiaques et qui ne présentent que des souffles extra-cardiaques sont bons pour le service armé.

Je laisse de côté et à dessein les souffles rares chez les jeunes gens, d'insuffisance fonctionnelle. Ces souffles ne se produisant que dans une période très avancée des cardiopathies, sont liés à l'évolution de ces mêmes cardiopathies, et motivent, d'eux-mêmes, la réforme sans appel.

L'hypertrophie et la dilatation du cœur. — Après les souffles, me paraissent venir par ordre d'importance, l'hypertrophie et la dilatation du cœur. Je lie à dessein les deux symptômes pour m'inscrire en faux contre le nº 157 du code de réforme militaire qui dit : « L'hypertrophie se traduisant par l'augmentation notable de la matité cardiaque motive l'exemption et la réforme ». J'estime en effet que l'augmentation de la matité cardiaque telle que la révèle la percussion et l'examen radiographique constitue non de l'hypertrophie mais de la dilatation du cœur. Mais comme la percussion de l'aire cardiaque et surtout l'examen radiographique ne sont que peu ou pas praticables dans la séance du conseil de revision, je pense qu'il est plus simple et plus utile à la fois de juger cliniquement l'hypertrophie par le fait que la pointe du cœur est abaissée, et la dilatation par le fait que la pointe se trouve déviée à gauche. Abaissement de la pointe pour l'hypertrophie, déviation pour la dilatation, voilà, au juger, le moyen de différencier l'un et l'autre de ces symptômes dont la signification comporte, on le verra, un pronostic si différent dans les deux cas. *L'hypertrophie du cœur constitue le plus souvent non une maladie mais un symptôme.* Elle peut être ou physiologique ou pathologique. Il faut savoir qu'un abaissement de la pointe dans le cinquième espace intercostal ne suffit pas toujours à réaliser une maladie de cœur. Il existe des cœurs qui paraissent hypertrophiés parce que logés dans une cage thoracique trop étroite. On peut avoir un gros cœur qui est lui aussi un muscle de travail de même qu'on a un gros biceps, et le fait n'est pas rare chez les sportifs, ceux qui font des exercices athlétiques et tous ceux qui physiquement et même moralement, sont peu ménagers de leur cœur. Enfin on peut avoir une ptose de l'organe de même qu'on a un abaissement du foie, du rein, ou d'autres viscères.

Or, tous ces cas d'hypertrophie du cœur ne peuvent être, en l'absence de tout autre symptôme avouable, que physiologiques, et les sujets qui en sont porteurs sont bons pour le service armé.

L'hypertrophie pathologique est le signal de deux affections principales : les affections aortiques, la néphrosclérose (rare chez les jeunes gens, à moins qu'il s'agisse de syphilis rénale, où il n'est pas rare de rencontrer l'hypertrophie, le galop, l'hypertension révélateurs du tertiarisme spécifique). Il convient d'ajouter à ces deux classes l'hypertrophie secondaire on l'insuffisance mitrale où, à la suite de la dilatation des cavités droites, le ventricule gauche à son tour finit par augmenter son volume.

La *dilatation du cœur*, à part les cas rares de dilatation aiguë par suite des trouble digestifs, de marche forcée, de tachycardie paroxystique, doit être considérée comme pathologique, représentant une période troublée des maladies qui ont intéressé le myocarde ou l'endocarde. L'arythmie, la tachyarythmie, la congestion hépatique, pulmonaire, sont des satellites habituels de ce symptôme.

Or, s'il s'agit d'hypertrophie pathologique, on proposera l'auxiliaire ou la réforme selon le degré du trouble lésionnel ; s'il s'agit de dilatation constituée, la réforme s'impose.

Les *palpitations, l'éréthisme cardiaque.* — Ils sont légion ceux qui se présentent au conseil de révision, et j'en ai reçu un aveu, après avoir ingurgité de nombreuses rasades de café ou après avoir passé la nuit qui a précédé l'examen dans les orgies de l'alcool et du tabac. On comprend combien, l'émotion aidant, ces sujets ont le cœur éréthique. Les palpitations du cœur sont la monnaie courante des sujets « sans cœur » et cela parce qu'ils veulent en trop avoir, et à part les palpitations légitimées par la présence dûment constatée d'une affection aortique, d'un rétrécissement mitral ou d'une affection endo-péricardique avouable, il importe à la défense nationale de livrer ces sujets à la douche tiède et bienfaisante du service armé.

L'extra-systole. — Ce symptôme peut accompagner les palpitations dans le cas précédent, être purement révélateur d'un trouble excitatif du cœur survenu à la suite d'une émotivité excessive, de troubles réflexes ou digestifs. Mais il peut, comme la palpitation, être le signal d'une affection organique artérielle ou valvulaire intéressant le myocarde. L'extra-systole existe particulièrement dans la période aiguë et chronique des dilatations cardiaques. Mais comme d'une part, elle ne peut-être simulée, comme d'autre part les effets désagréables, le coup de boutoir, les arrêts du cœur qu'elle provoque sont peu compatibles avec le service armé, comme enfin ce symptôme est souvent le précurseur ou l'indice d'une vitalité myocardique sujette à caution, le mieux, dans de tels cas, est de proposer l'exemption ou le service auxiliaire. En présence d'une maladie organique avancée du cœur, il va sans dire que la réforme s'impose de toute nécessité.

La *tachycardie* constitue également un symptôme dont l'importance va du simple au composé, du simple trouble fonctionnel à la lésion constituée. Il est évident *a priori* qu'on ne peut faire fonds au point de vue d'une dispense, de ces tachycardies purement émotives que l'on constate chez la généralité des sujets chez lesquels il n'est pas rare pendant l'examen de trouver un pouls de 100, 120 pulsations. De même les tachycardies nerveuses, reflexes, digestives, orthostatiques ne peuvent que trouver place dans le groupe des troubles fonctionnels et ne sauraient motiver l'exemption. Il en est autrement de la tachycardie paroxystique que seul un certificat médical peut dénoncer à l'attention du médecin et entraîner l'ajournement ou l'auxiliaire. La tachycardie du goitre exophtalmique constitue un cas de réforme. Il en est ainsi et à plus forte raison des tachycardies, des tachyarythmies qui sont le signal d'affections myocardiques, artérielles ou valvulaires dans la période surtout de décompensation.

L'*arythmie* est encore un symptôme qui doit attirer toute la sagacité du médecin. S'agit-il en ce cas de troubles physiologiques, le symptôme existe-t-il avec une affection réelle du cœur ? Il y a des sujets qui peuvent présenter des arythmies au moment de l'examen médical et surtout lorsque l'irrégularité du rythme coïncide avec les palpitations ou la tachycardie, et dont l'arythmie disparaît aussitôt l'examen terminé. Il existe des arythmies d'origine nerveuse, digestive, intoxicante (tabac, alcool). Il existe aussi des crises d'arythmie désordonnée, et j'en ai vu, chez des sujets que l'avenir a prouvé n'avoir aucune affection organique du cœur. Par contre, il faut admettre que le plus grand nombre des arythmies existe avec une lésion matérialisée au myocarde, et surtout à l'état de tachyarythmie dans la période troublée des maladies du cœur.

Quelle conduite tenir dans ces deux cas ? Si, en l'absence de dilatation cardiaque, l'arythmie chez un sujet jeune paraît exister à l'état de symptôme isolé, mais comme d'autre part on est toujours en droit de craindre l'existence d'un substratum anatomique, mieux vaut dans le premier cas proposer l'ajournement. Dans le deuxième cas l'arythmie est l'indice d'une affection ancienne du myocarde : ici pas de doute, la réforme est de toute nécessité.

Les *douleurs précordiales.* — Nombre de sujets nous disent : j'ai des points au cœur. Il va sans dire que pareille assertion est exagérée et le plus souvent mensongère. Rares sont en effet chez les jeunes gens soumis aux obligations militaires les vrais accès douloureux motivant ou l'ajournement ou la réforme. Les faux cardiaques mêmes, c'est-à-dire ceux qui centralisent réellement dans la région précordiale les sensations centripètes émanant de la périphérie sous forme de réflexes nerveux, digestifs, aérophagie, intoxication tabagique, etc., ne sauraient être dignes de retenir notre attention. Tous ces cas sont susceptibles du service armé. Il est cependant des cas où les sujets, bien que jeunes, peuvent éprouver de réelles crises cardiaques. Ce sont les jeunes gens qui présentent des accès aigus de « cœur forcé ». Encore dans ce cas faut-il évoquer dans son esprit l'existence, pour expliquer la dilatation aiguë du cœur, d'une valvulite ou d'une myocardite ancienne, ou même d'une lésion spécifique des vaisseaux coronariens. Il est une seconde classe de sujets (il me reste le souvenir d'un cas vu à Saint-Martin), qui peuvent présenter, bien que jeunes, des crises vraies d'angor pectoris, ce sont les sujets atteints d'aortite syphilitique, chez lesquels on peut constater, au foyer de l'aorte, soit une atténuation du 2e bruit, ce qui est le fait de l'aortite aiguë, soit un éclat tympanique de ce bruit, ce qui marque l'étape sclérofibreuse des tuniques artérielles. Dans ce cas de douleurs précordiales, avec substratum anatomique, pas de doute, la réforme s'impose.

II. *Cas où l'on doit prononcer le service auxiliaire ou la réforme.*

Les affections organiques du cœur. — Ailleurs, nous avons divisé les affections organiques du cœur en trois grands groupes syndromiques qui sont :

1º La cardiosclérose et la sclérose aortique;
2º La cardiartérite ;
3º Le cardiathérome.

Nous n'avons à cette place qu'à mentionner simplement le premier groupe, qui vise particulièrement les gens de la cinquantaine. Il est bon de retenir toutefois qu'il existe des cardioscléreux à un âge moins avancé avec tout le cortège de la cardiosclérose telle que nous l'entendons, c'est-à-dire galop, hypertension, imperméabilité rénale. Ces sujets sont toujours des malades atteints de syphilis rénale concomitante soit acquise, soit héréditaire.

Les *cardiartérites* composent le second groupement des maladies du cœur. Je me borne à rappeler pour mémoire les maladies résultant des infections multiples, représentées par les endocardites chroniques, les péricar-

dites, les myocardites, les affections congénitales du cœur même, que l'on a de plus en plus tendance à placer parmi les infections ascendantes.

Des endocardites, nous ne dirons rien, puisque ces maladies, au moment où nous les examinons, sont passées à l'état chronique et ont élu droit de domicile sous le nom d'insuffisance mitrale, aortique, etc. Il en est de même de la péricardite dont nous ne voyons le plus souvent que les séquelles sous les noms de dilatation du cœur d'origine péricardique, symphyse cardiaque. Quant à la myocardite chronique, l'assourdissement des bruits du cœur, l'arythmie, la dilatation cavitaire sont des signes qui, en dehors des signes subjectifs, nous aideront puissamment au dépistage de l'affection. Viennent enfin les affections congénitales du cœur, maladie de Roger, rétrécissement de l'artère pulmonaire, etc.

Le *cardiathérome* enfin compose le troisième et dernier groupe des maladies du cœur. Il nous arrive souvent de proposer pour l'auxiliaire et même pour la réforme des hommes de 30 à 40 ans, hommes de peine le plus souvent terrassiers, palefreniers, qui, outre l'aspect vieillot qu'ils présentent, offrent à l'examen des artères dures, hélicoïdes, une aorte claquante, qui nous donnent de suite l'impression qu'ils ne peuvent faire aucun service armé. Nous leur donnons, faute de mieux, l'étiquette de « vieillesse prématurée. »

Eh bien, toutes ces affections du cœur, tous ces états myo-endo-péricardiques, toutes ces lésions artérielles peuvent donner droit au service auxiliaire ou à la réforme. On proposera le premier si le cœur s'adapte et se défend et si la lésion paraît minime ou bien tolérée. Si, au contraire, le cœur présente des signes de défaillance (stase pulmonaire, hépatique, rénale, périphérique), on proposera la réforme. Ces cœurs ne sont adaptés que pour un travail modéré. Dépasser cette mesure, imposer même un service auxiliaire serait vouer le malade à l'épuisement rapide de ses réserves, à la défaillance prématurée du cœur, à l'asystolie précoce.

Conclusions. — En résumé, l'examen du cœur au conseil de révision est toujours chose délicate. La multiplicité des troubles pouvant survenir dans les rouages si complexes de ce viscère ; la fréquence de plus en plus constatée de troubles purement fonctionnels ; la distinction souvent délicate et malaisée de ce qui est trouble fonctionnel d'avec les troubles lésionnels ; les faits nombreux de passage qui existent entre l'un et l'autre de ces troubles ; la nécessité où se trouve le médecin dans le court espace de temps qui lui est imparti de ne tenir aucun compte des symptômes subjectifs ou des allégations parfois fantaisistes que lui fait le sujet, et de s'en rapporter exclusivement au seul contrôle de ses sens et de son jugement ; le besoin non moins impérieux qu'il éprouve de conformer sa décision (service armé, service auxiliaire, réforme), à son esprit d'impartialité et à sa conscience ; le vice de recrutement du corps médical qui veut que l'examen du cœur soit confié à des confrères, souvent spécialisés dans une branche toute autre de la médecine, qui brillants dans leur spécialité, se déclarent eux-mêmes incompétents lorsqu'il s'agit d'examiner un cœur ; toutes ces raisons réunies ne peuvent que fausser le mécanisme du recrutement.

Pour ces raisons nous avons tenté non de codifier, mais de résumer en quelques pages un aperçu séméiologique et diagnostique avec en regard, la conduite à tenir dans chaque cas, des principaux troubles cardiaques que le médecin est appelé le plus souvent à examiner au conseil de révision.

Nous pouvons, non sans regret, affirmer en raison de l'expérience que nous acquérons tous les jours dans la revue des auxiliaires à l'hôpital Villemin, que chez grand nombre d'entre eux, même porteurs de certificats authentiques de maladie de cœur, *d'hypertrophie* du cœur en particulier, qui n'est le plus souvent que symptôme et non maladie, il n'en est en réalité rien, et nous les déclarons « bons pour le service armé ».

J'ose ajouter même que si l'on faisait un deuxième repêchage de ceux qui sont de nouveau maintenus dans le service auxiliaire, on pourrait reprendre encore nombre d'entre eux qui sont jeunes, indemnes de tare cardiaque et qui pourraient rentrer dans le grand tout de la défense nationale.

Je termine, et si j'en avais le droit, j'émettrais volontiers les vœux suivants : Que chaque médecin possède pour la revue des hommes une sorte de bréviaire-memento capable de compléter son instruction spéciale pour le cœur, ou même, que l'examen du cœur ne soit confié autant que possible qu'aux médecins qui se sont spécialisés dans la question.

Je ne me permettrai pas d'ajouter un vœu nouveau qui serait de codifier de façon plus précise le texte tel qu'il nous est présenté du code de réforme (1).

TABLEAU SYNOPTIQUE

de l'Examen d'un Cœur au Conseil de révision

Affections organiques du Cœur.	
a) compensées	*Service auxiliaire.*
b) non compensées	*Réforme.*
Les Souffles.	
a) inorganiques (extra-cardiaques)	*Service armé.*
b) organiques..........	*Auxiliaire ou réforme*, selon le degré de l'insuffisance du cœur.
c) fonctionnels (avec insuffisance)........	*Réforme.*
L'Hypertrophie cardiaque.	
a) non lésionnelle (thorax étroit, ptose du cœur, forte musculature	*Service armé.*
b) lésionnelle (affection aortique, mitrale ou rénale).........	*Auxiliaire ou réforme*, selon le degré d'insuffisance du cœur.
La Dilatation cardiaque.	
a) transitoire (effort, réflexe, digestion)	*Service armé.*
b) constituée (insuffisance cardiaque)..	*Réforme.*
Les Palpitations.	
a) sans lésion matérielle (d'ordre nerveux, réflexe, digestif, tabagique)..	*Service armé.*
b) avec lésion matérielle (affection aortique, mitrale)	*Auxiliaire ou réforme*, selon le degré de la lésion.
L'Extrasystole.	
a) sans lésion organique décelable (d'ordre nerveux, réflexe, digestif) ..	*Ajournement ou service auxiliaire*
b) avec lésion organique	*Service auxiliaire ou armé*, selon le degré de la lésion.
La Tachycardie.	
a) sans lésion organique (émotivité, réflexe, intoxication)	*Service armé.*
b) avec lésion organique possible (tachycardie paroxystique..........	*Auxiliaire ou ajournement.*
c) avec lésion constituée (tachycardie basedowienne, tachycardie de l'hypertension)	*Réforme.*
L'Arythmie. La Tachyarythmie.	
a) sans lésion avouable (excitabilité, tabac)	*Service armé.*
b) avec lésion probable (crises d'arythmie désordonnée)	*Auxiliaire ou ajournement.*
c) avec lésion certaine (myocardites, affections valvulaires à la période d'insuffisance)	*Réforme.*
Les Douleurs précordiales.	
a) sans lésion cardiaque (réflexes, troubles digestifs, aérophagie, tabac).....	*Service armé.*
b) avec lésion cardiaque (aortite, coronarite, dilatation du cœur, cœur forcé)	*Réforme.*

(1) Soc. de Médecine de Paris.

Matériel Chirurgical

DE

L'AMBULANCE DE CORPS D'ARMÉE

par M. le Dr. Victor Pauchet, (d'Amiens)

Nous rappellons sommairement :

1° La disposition des formations sanitaires à l'avant, leur matériel et leur personnel ;

2° La composition de l'ambulance de corps (chirurgicale) ;

3° Ce que doit être le matériel de l'ambulance de corps.

1° *Organisation des formations sanitaires à l'avant*

Il existe en allant d'avant à l'arrière :

a) Les postes de secours où les blessés sont amenés par les brancardiers régimentaires ;

b) Les ambulances divisionnaires où les blessés sont amenés des postes de secours par les brancardiers divisionnaires ;

c) Les ambulances de corps d'armée qui fonctionnent près des gares d'évacuation dans les immeubles appropriés (châteaux, écoles, couvents). Celles-ci reçoivent leurs blessés des ambulances divisionnaires ou directement des postes de secours par des convois automobiles.

L'ambulance de corps draine constamment ses blessés par la gare d'évacuation qui est à côté d'elle.

Pour les brancardiers régimentaires et les brancardiers divisionnaires les brancards roulants sont moins fatigants pour le porteur, plus rapides et aussi confortables.

L'ambulance divisionnaire peut n'être pourvue que d'un matériel chirurgical rudimentaire. Son rôle est surtout de réchauffer, ouater, alimenter les blessés, injecter sérum antitéta-

nique et morphine, revoir pansements simples et appareils de fractures (le store est le matériel idéal, s'il est bien appliqué).

Près de certains champs de bataille l'ambulance divisionnaire est inutile. Les blessés doivent être transportés directement des postes de secours à l'ambulance de corps (chirurgicale).

Les convois sanitaires automobiles sont, d'une façon générale, une excellente création; quelques-uns sont un peu trop rapides, trop légers, et mal calfeutrés pour l'hiver; c'est l'exception.

L'ambulance de corps chirurgicale sera toujours près de la gare d'évacuation. Les voitures automobiles augmentent de nombre chaque jour. Il en faudrait 30 ou 40 par corps d'armée.

2° *Composition des ambulances de corps*

L'ambulance de corps doit être composée d'un personnel chirurgical, c'est-à-dire de 2 chirurgiens de profession au moins; si possible 1 chirurgien expérimenté avec ses assistants habituels du temps de paix; plusieurs étudiants en médecine parmi les infirmiers et si possible des infirmiers de profession.

Le personnel féminin est très utile à l'avant. Il est indispensable d'avoir des infirmières pour déshabiller les blessés, les nettoyer (1) (travail énorme), les alimenter, faire les lits. Ces infirmières n'auront pas à faire de pansements, ni à aider aux opérations. Il y a suffisamment d'aides-majors et d'étudiants en médecine pour ce travail. Mais elles jouent un rôle utile pour les soins proprement dits (prendre la température, administrer les remèdes, assurer le confortable et la propreté des blessés et de la salle).

Un radiologue et sa voiture radiologique serait indispensable pour *chaque ambulance* chirurgicale. Les Docteurs Baret et Haret avec la voiture d'armée nous ont rendu des services énormes pour extraire les projectiles avec la radioscopie et le téléphone.

3° *Le matériel de l'ambulance chirurgicale*

L'ambulance du corps d'armée fonctionne à 10 ou 20 kilomètres du front et reçoit les blessés des postes de secours ou des ambulances divisionnaires.

Les convois automobiles les amènent rapidement. L'ambulance immobilisée siège près d'une gare d'évacuation et représente l'ancien hôpital de campagne. Les chirurgiens pratiquent les nombreuses interventions d'urgence.

La gare d'évacuation draine constamment vers l'arrière les opérés et les blessés évacuables.

Quel est le matériel chirurgical que doit posséder cette ambulance ?

Je fais abstraction du vieux matériel insuffisant et que nous possédions au début; le nouveau matériel offre sans doute un grand nombre d'éléments utiles, mais l'usage m'a démontré qu'il est trop riche en certains objets et trop pauvre en d'autres instruments très utiles.

Nous avons d'abord fonctionné avec le vieux matériel (2). Celui-ci s'est d'abord enrichi de nos instruments personnels, de ceux de Lucien-Graux (Paris) aide-major de l'ambulance, et de nombreux pansements stériles donnés par Henri de Rothschild. Nous avons soigné environ 10.000 blessés, pratiqué 1.600 opérations. La liste qui va suivre est la liste des instruments utilisés et rien que des instruments qui ont été utilisés. Les chiffres indiqués sont rigoureusement étudiés (3).

1° *Instruments tranchants.* — 50 bistouris (lames de Chassaignac), 15 paires de ciseaux droits (forts, moyens et petits), 15 paires de ciseaux courbes (forts, moyens et petits), 20 couteaux à amputation (lames de 10 et 15 centimètres à pointe ogivale).

(1) Il faut une heure pour nettoyer un blessé qui arrive du front et se servir d'essence minérale et d'un chiffon.

(2) Actuellement, et depuis plusieurs mois, il suffit d'en faire la demande pour obtenir le matériel, les pansements, et tous les instruments nécessaires. De plus, le service sanitaire va être désormais pourvu d'un nombre toujours croissant d'ambulances modernes, avec camions automobiles, matériel de stérilisation, tentes, etc... qui ont réalisé un progrès magnifique.

(3) Les seringues, aiguilles, instruments, caoutchouc, ont été fournis par Gentile, le reste par Collin.

2° *Aiguilles à suture.* — 2 aiguilles (1) à manche de Doyen, 20 aiguilles droites intestinales, 20 aiguilles courbes, 20 aiguilles puissantes et courbes pour catgut, 1 porte-aiguille.

3° *Aiguilles à seringue.* — 20 aiguilles à anesthésie locale (3, 6, 12 centimètres), 10 aiguilles à anesthésie lombaire, 40 aiguilles à morphine, 20 aiguilles à sérum artificiel (pour bock).

4° *Seringues.* — *a*) 20 seringues à morphine Luer ; *b*) 10 seringues de Roux ; *c*) 5 seringues à anesthésie locale ; *d*) 2 seringues vésicales tout en métal ou tout en verre.

5° *Hémostase.* — 4 clans courbes, 4 clans droits, 10 pinces Kocher, 30 petites pinces mors courts Doyen.

6° *Chirurgie osseuse.* — 1 rétracteur pour amputation de Monprofit (Mathieu), 1 davier Farabeuf, 1 davier dent de lion, 1 pince séquestre, 1 scie avec 10 lames de rechange (2 grosseurs différentes), 5 pinces gouges droites et condées (2 volumes différents), 2 cisailles, 2 pinces coupantes, 3 rugines courbes, 3 rugines droites, 1 gouge, 1 gouge à main, 2 ostéotomes, 1 maillet de bronze aluminium, 4 curettes (volume différent).

7° *Trépanations et rachiotomies.* — 10 pinces hémostatiques en T, 1 pince gouge plate d'un côté, 1 pince gouge plate d'un côté forte pour rachiotomie, 1 ciseau avec doigt de Doyen, 1 conducteur Marion, 1 scie crânienne Doyen, 1 vilbrequin Doyen, 3 fraises Doyen, 1 perforateur losangique Doyen.

8° *Laparotomies.* — 1 valve abdominale Doyen, 1 écarteur Gosset grand modèle, 4 pinces intestinales pour coprostase Hartmann, 6 pinces Chaput.

9° *Instruments variés.* — 1 tondeuse coiffeur n° 1, 1 rasoir lames mobiles (12 lames), 1 ouvre-bouche Narcose, 1 tire-langue Narcose, 1 aspirateur Potain, 1 thermocautère, 3 pinces à disséquer, 3 pinces à griffes, 1 pince tire-balles Quénu, 1 récepteur téléphonique pour les projectiles, 2 écarteurs rateau, 2 écarteurs Farabeuf, 30 thermomètres, 1 pince coupe-ongles, 3 fortes sondes cannelées, 3 faibles sondes cannelées, 3 canules adultes trachéotomie, 1 blépharostat, 6 daviers dentiste, un vaporisateur d'iode.

10° *Appareils de stérilisation.* — 1 autoclave à pétrole avec 12 boîtes, 1 boîte étamée trioxyméthylène (pour gants Chaput, drains, etc.), 2 boîtes étamées trioxyméthylène pour sondes, 1 gros bouilleur cuivre avec brûleur alcool pour instruments.

11° *Table d'opération.* — Le modèle de l'armée est très bien.

12° *Instruments de caoutchouc.* — 10 tubes Marion cystostomie, 10 sondes Pelzer n° 30, 15 sondes Nélaton n°s 18 et 20, 5 bandes caoutchouc (hémostase), 6 sondes molles naso-pharyngiennes n° 20, 20 paires gants Chaput, 100 drains moulés n°s 30, 40, 50, 4 bocks laveurs en caoutchouc.

13° *Matériel de la salle d'opération.* — Bassins triangulaires, en haricot, plateaux urinaires, seaux de toilette, etc., le tout émaillé et non étamé.

14° *Objets de pansements et médicaments.* — Le ravitaillement est bien pourvu, mais nous insistons sur l'utilité des objets suivants :

Ampoules de morphine, ampoules de novocaïne pour anesthésie lombaire (Leclercq), comprimés de cocaïne pour anesthésie locale, comprimés de trioxyméthylène, sérum antitétanique, flacons d'adrénaline pour ajouter au sérum artificiel ou à la solution de cocaïne, gaze iodoformée, *coloplastre* (Cavaillès) (bandes agglutinantes), 2 modèles de compresses grandes et petites de dimensions raisonnables, blouses, tabliers en grand nombre pour les médecins et infirmiers.

Pyjamas molletonés et chaussons pour les blessés.

Appareils à fracture. Stores, plâtre et tarlatane.

Appareil a air chaud très utile
Appareil radiographique indispensable

(1) L'aiguille à main est presque inutile, puisqu'on ne suture pas les plaies. Les aiguilles intestinales ne servent guère; je suis sûr qu'avec les nouvelles installations des ambulances modernes, on pourra faire des laparotomies et des sutures intestinales.

Les Soldats et la Tuberculose

Il y a quelques semaines, au cours d'une conférence qu'il faisait au Musée social, M. le professeur Chauffard insistait sur ce fait non douteux que, pour un certain nombre de sujets, l'obligation, créée par la guerre, de vivre dans la tranchée, de coucher au grand air, de mener une vie active, sous les intempéries, aura contribué à leur « faire une santé ».

Rien n'est plus exact. Un bon nombre de nos actuels « poilus », qui dans la vie civile étaient, il y a quelques mois encore, des individus plus ou moins malingres, souffreteux, souvent neurasthéniques, qui pour un rien se croyaient à la veille de prendre toutes les maladies, ont acquis depuis qu'ils sont dans la tranchée une résistance physique merveilleuse. Ceux-ci, s'ils échappent aux balles et aux obus, sont destinés à revenir chez eux, la guerre une fois terminée, pourvus de la plus admirable résistance. Ils se seront pour ainsi dire trempés et auront sans nul doute acquis pour toute leur existence une merveilleuse réserve de santé. Ils auront en quelque sorte rénové leur organisme et l'auront si bien amélioré que la maladie semblera ne devoir plus avoir de prise sur eux.

Mais, pour ne pas être rares, ces cas ne laisseront pas, cependant, d'être exceptionnels. Pour un grand nombre, en effet, la rude existence que nos soldats doivent mener depuis le mois d'août dernier les aura au contraire fâcheusement touchés. L'humidité, la froidure, les fatigues de tous genres les auront fortement éprouvés, si bien que tel qui, dans la vie courante, paraissait jouir d'une bonne santé normale, peu à peu voit celle-ci se modifier défavorablement.

Les douleurs surviennent, le plus souvent de nature rhumatismale. De plus, le froid et l'humidité réagissent fâcheusement sur les bronches. Un premier rhume est apparu qui au lieu de guérir dans les délais normaux a persisté avec insistance. Bientôt la toux s'est installée, semble-t-il, à demeure; le sujet, qui n'a pu naturellement dans la tranchée prendre les moindres précautions, sent son état physique se modifier. Non seulement son rhume ne se guérit pas, mais il devient fébrile et sa résistance diminue. Malgré sa volonté, ses forces bientôt le trahissent, si bien qu'il ne tarde pas à devoir être évacué sur un hôpital de l'arrière.

Dans les cas heureux, c'est-à-dire dans ceux ou l'envoi loin du front a été ordonné de bonne heure, le repos et les soins font leur œuvre utile. Les troubles s'atténuent progressivement et le malade recouvre sa santé. Mais, plus souvent, hélas, il n'en est point ainsi. Au lieu de guérir, le rhume persévère. Le malade continue à tousser, il crache et demeure fébrile. La tuberculose s'est installée chez lui et seul un traitement long et sévère pourra en avoir raison.

Comment éviter à nos défenseurs ce danger si grave et le peut-on ?

Le globéol en apporte le moyen. Suffisant à lui seul en de nombreux cas, chaque fois notamment que les lésions ne sont point trop étendues, pour amener la guérison de la tuberculose, par ses qualités excitantes de la prolifération cellulaire qu'il doit aux cyto-poïétines qu'il renferme, par l'influence activante qu'il exerce sur la leucocytose, par sa riche composition en éléments métalliques — fer et manganèse — qui s'y rencontre à l'état colloïdal, par ses qualités

excitantes du système nerveux et du fonctionnement des glandes à sécrétion interne dues aux cyto-stimulines qu'il contient, il constitue un précieux agent dynamogéniant de l'organisme grâce auquel celui-ci réagit dès les premières atteintes et demeure en constant état de défense.

L'expérience clinique de chaque jour nous a du reste appris depuis longtemps la haute valeur curative et préventive du globéol judicieusement employé.

Comme le disait, en effet, M. le docteur J. Noé, ancien chef de laboratoire de la Faculté de Médecine de Paris, dans un rapport soumis à l'Académie de médecine, le 7 juin 1910 : « Le globeol est un adjuvant des plus utiles pour la cure anti-neurasthénique et pour le traitement de l'anémie tuberculeuse. Il constitue le médicament spécifique de tout état anémique et de la chlorose, ainsi que le remède par excellence de toute maladie de langueur. Il augmente en quelque sorte la force de vivre et abrège la convalescence ».

Il s'en suit donc que, pour garantir nos soldats contre le danger si grave de la contamination tuberculeuse, le plus simple et le mieux est de les soumettre de bonne heure, voire même préventivement, à la cure globéolique. Celle-ci, en activant chez eux la régénération sanguine, en tonifiant leur organisme, en le fortifiant à souhait, non seulement les mettra en état de résister victorieusement aux maladies, mais aussi contribuera efficacement à leur faire acquérir cette santé triomphante si désirable que M. le professeur Chauffard prédit à beaucoup des défenseurs de la patrie.

La Physicothérapie

ET LES BLESSÉS DE LA GUERRE

A Monsieur le médecin inspecteur des services de mécanothérapie, d'électrothermothérapie et de kinésithérapie de la Place de Paris.

Selon votre désir, je viens vous donner quelques indications concernant les militaires que j'ai eu le plaisir de soigner dans mon établissement médical du 25 de la rue des Mathurins.

Ces malades me sont venus, en très grand nombre, dès les premiers jours de novembre ; ils m'étaient adressés par les médecins des ambulances et des hôpitaux. Beaucoup de Confrères de Paris et de province m'avaient fait part des difficultés qu'ils éprouvaient à faire donner les soins physicothérapiques à ceux des soldats qui, guéris de leurs blessures, conservaient, néanmoins, qui une impotence fonctionnelle, qui une ankylose ou des névrites, arthrites, etc...

J'eus l'honneur de recevoir la visite de M. le Dr Motty, médecin chef de la Place de Paris, du général de Pontavice, qui me félicitèrent et de mon organisation, et des résultats comme des services rendus par mes traitements physicothérapiques.

M. le Médecin principal Motty, très averti des bienfaits de la mécanothérapie appliquée dans mon établissement, donna des instructions pour que les éclopés de l'Ecole Militaire me fussent envoyés. Le général de Pontavice, chef du service des convalescents, conseilla mes traitements. De nombreux médecins, chargés de créer en province des centres physicothérapiques, me faisaient l'honneur de m'écrire ou de venir me voir, aux fins de connaître le choix des appareils et leur provenance. Je me fis un plaisir, comme un devoir, de les renseigner et, après de multiples enquêtes témoignant de la rareté, sinon de la pénurie des appareils de mécanothérapie, je fus partout sollicité de vouloir bien céder une partie des miens. Je reçus même des offres très avantageuses de commerçants, que je déclinai.

Sur ces entrefaites, le Médecin Chef du Grand Palais, M. le Dr Coppin, me fit demander par le Dr Larat et me demanda lui-même, lors de sa visite à mon Etablissement, de vouloir bien, moyennant une compensation, distraire de ma maison une série de mes appareils de mécanothérapie pour les placer au Grand Palais.

Je fis ressortir qu'il m'était très pénible de me séparer de mes appareils, alors surtout que je soignais, à titre gracieux, une centaine de militaires par jour.

Je finis par accéder à de nouvelles instances, les jours suivants, de M. le Dr Coppin, promettant d'abord 20 appareils qui constituent une série complète, que j'élargis, de mon plein chef, au chiffre de 51, sans parler des accessoires de bureaux (bureau, table, deux cartonniers), tout ce que contient la salle de mécanothérapie du Grand Palais.

Après ce préambule nécessaire, je vous dirais que les soldats soignés par moi, — en très grand nombre jusqu'à ces jours derniers — étaient surtout atteints d'ankyloses, de raideurs articulaires, de rétractions musculaires ou tendineuses, cicatricielles, souvent accompagnées de névrites avec atrophie musculaire consécutive ; j'ai aussi soigné de nombreux cas de paralysie, suite de lésions complètes ou incomplètes des nerfs, du médian, du cubital, du radial, du sciatique en particulier.

Aux lésions, dues au traumatisme s'ajoute souvent l'élément rhumatismal. Nombreux sont les militaires atteints d'arthrites rhumatismales, de névralgies sciatiques, cervico-brachiales et même faciales *a frigore*. Les arthrites traumatiques sont très fréquentes aussi, comme les lésions du plexus brachial, par projectiles, il arrive assez souvent que le nerf soit partiellement détruit ou sectionné ; dans d'autres cas, il est pincé dans des tissus cicatriciels. Certains sujets avaient eu des lésions cérébrales ou médullaires, ou présentaient des troubles nerveux dus au choc ; d'autres avaient reçu des contusions lombaires ou dorsales et conservaient un système nerveux ébranlé.

Tous ces malades ont retiré le plus grand bien de la physicothérapie (action combinée des agents physiques) et ils recevaient pour la plupart, dans la même séance, une application électrique, suivie de vibrothérapie et de mécanothérapie, ou d'électro-thermo-thérapie.

Les courants continus et faradiques étaient souvent appliqués à l'aide de bains à plusieurs cellules. J'évitais ainsi chez les rhumatisants, grâce à l'eau chaude, les refroidissements qui peuvent survenir à la suite d'applications locales, à l'aide de compresses et de rouleaux.

Pour ce genre d'applications électriques, j'insiste toujours sur la nécessité d'user de l'eau chaude.

Les effluves de haute fréquence m'ont donné les meilleurs résultats ; il est d'ailleurs facile de faire bénéficier de cette thérapeutique plusieurs malades à la fois, en les reliant entre eux ou en les plaçant sur un grand tabouret isolant. Dans le premier cas, un malade tient un pôle, l'opérateur agit avec le second pôle sur les autres reliés en chaîne ; dans le deuxième cas, les sujets sont groupés sur un tabouret isolant relié à un pôle ; ils présentent les parties malades à des électrodes reliées au sol ; suivant les cas, on emploie l'effluve ou l'étincelle. (J'insiste sur ce procédé tout inédit.)

Chez nos blessés, le traumatisme se complique souvent de douleurs rhumatismales ; de là, la nécessité d'utiliser la chaleur, ce que nous faisons avec nos appareils électro-thermiques (chaleur obscure, chaleur lumineuse) ; ces deux dispositifs sont également bons, de même que seraient très utiles, en certains cas, les bains de lumière, hydro-électriques et d'acide carbonique.

Nous avons obtenu d'excellents résultats pour les gelures, à l'aide des effluves de haute fréquence, suivis ou non de vibrothérapie ou d'électro-massothérapie. Les courants continus et les courants faradiques nous ont donné, dans ces cas, de moins bons résultats. Le tabouret trépidant peut être aussi utilisé. La darsonvalisation et les bains statiques nous ont servi chez les malades atteints de lésions cérébrales ou spinales et chez ceux dont le système nerveux avait été profondément ébranlé.

La mécanothérapie est pour nos éclopés des champs de bataille, le traitement indispensable ; il est de choix pour les membres ankylosés, les raideurs articulaires, les contractions musculaires tendineuses, les rétractions cicatricielles, les adhérences, l'atrophie musculaire, les déviations. Cette utilisation raisonnée du mouvement est indispensable à nos jeunes hospitalisés, si bien entraînés à l'exercice.

La mécanothérapie du Professeur Zander, de Stockholm, grâce à sa théorie d'appareil des plus perfectionnés, est la méthode rééducatrice par excellence, la kinésithérapie vraie, elle est l'application même du principe : la fonction crée l'organe. Le mouvement est la vie ; elle permet, grâce à un outillage multiple, de soigner un très grand nombre de malades à la fois. Cette thérapeutique hygiénique est la physiologie appliquée à l'art de guérir. Elle est la médecine du bon sens. Les appareils que le Professeur Zander, de Stockholm, a mis plus d'un demi-siècle à perfectionner, placent le malade à l'abri de toute surprise, parce qu'ils lui permettent de contrôler les appréciations personnelles de l'opérateur. Le malade, conscient et averti par l'effort qu'il a à fournir et la douleur provoquée, peut lui-même, au besoin, graduer son mouvement, et doser son effort.

Je dois ajouter, étant donnés la force de pénétration et les dégâts produits par les projectiles de guerre, qu'il semble de toute nécessité de faire précéder les applications mécanothérapiques de radiographies, qui viendront montrer l'état des os, celui des membres en particulier. A la suite de paralysies ou de destructions musculaires partielles, les os des membres, évidés par des projectiles, peuvent, au moindre effort, se briser spontanément. Cette fracture, d'ailleurs, aurait pour conséquence une consolidation qui préviendrait les désirs du chirurgien.

Ces observations générales que la pratique de nos blessés militaires m'a suggérées, seront, j'en suis certain, davantage appréciées de vous grâce à vos connaissances profondes de la physiologie.

C'est dans cette pensée que je vous prie d'agréer, Monsieur et très honoré Confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués et les meilleurs.

7 mars 1915. Dr J.-A. RIVIÈRE,
25, rue des Mathurins, Paris (1)

REVUE DE CHIRURGIE

La Symphyse cardio-thoracique extra-péricardique

Par M. le Docteur PIERRE DELBET
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris

L'étude du thorax dans ses relations avec les viscères qu'il contient conduit à la conception de la symphyse cardio-thoracique extra-péricardique.

Chez les animaux coureurs, le chien par exemple, le cœur est très libre dans le thorax. Chez l'homme, la station verticale a pour conséquence le développement d'une forte cloison médiastine. L'ensemble des trousseaux cellulo-fibreux qui

(1) L'Établissement médical du 25 de la rue des Mathurins reste complètement outillé, malgré le prêt de séries d'appareils.

constituent les ligaments du péricarde sont des organes d'adaptation à la station debout. Ils limitent la mobilité du cœur et c'est là une condition fâcheuse. Pour que la systole puisse se produire à n'importe quel temps de la respiration, il ne suffit pas que le cœur soit libre dans son sac fibreux ; il faut que le sac fibreux soit libre dans le thorax.

L'intégrité de la séreuse proprement dite a relativement peu d'importance. Les symphyses péricardiques sont parfois des trouvailles d'autopsie. Les faits de ce genre étonnent. Ils s'expliquent aisément par la théorie que j'expose.

Le cœur ne se sépare jamais de son enveloppe ; la cavité péricardique est, comme on dit, virtuelle. La séreuse permet le glissement du cœur sur son sac fibreux ; c'est là tout son rôle. Les adhérences intra-péricardiques étroites suppriment le glissement de telle sorte qu'à chaque systole le péricarde fibreux est obligé de se plisser légèrement. S'il est souple et libre à sa périphérie, ce plissement se produit sans que le travail du cœur soit notablement augmenté. Donc, rien d'étonnant à ce que les symphyses purement intra-péricardiques ne se manifestent par aucun symptôme.

Les faits inverses, où les symptômes classiques de la symphyse existent sans qu'il y ait d'adhérences de la séreuse étonnent davantage. Il s'expliquent aisément et complètement par la symphyse extra-péricardique.

Aucun vide ne peut exister dans le péricarde. Son feuillet fibreux s'adapte à chaque instant à la forme du cœur, se moulant exactement sur lui. Toutes les fois que ce feuillet fibreux perd de sa liberté périphérique, les contractions du cœur retentissent sur la paroi entraînant le retrait qui est considéré à tort, comme caractéristique de la symphyse péricardique.

Les symptômes attribués à la symphyse péricardique sont en réalité fonction de la symphyse extra-péricardique ; ainsi disparaissent les difficultés et les incohérences de ce point de clinique.

Le hasard m'a fourni un fait qui prouve surabondamment l'exactitude de cette théorie. Le retrait de la paroi était très net bien qu'il y eut un épanchement dans le péricarde.

Ces faits montrent que la libération des adhérences intra-péricardiques ou cardiolyse directe, proposée par M. Delorme, ne donnerait aucun résultat, même si elle permettait, ce qui est impossible, de libérer définitivement les adhérences. Au contraire, l'assouplissement de la paroi thoracique par désossement chondrocostal ou cardiolyse indirecte peut donner des résultats remarquables. Un cas que nous avons présenté, Hirtz et moi, à l'Académie de Médecine le prouve.

Les symphyses extra-péricardiques permettent de comprendre d'autres faits où, bien qu'il n'existe pas d'adhérences, il se produit cependant, par un mécanisme que je vais indiquer, des troubles d'ordre symphysaire de telle sorte qu'on pourrait les qualifier de *symphyses fonctionnelles*.

Comme aucun vide ne peut exister dans la cage thoracique, il faut qu'à chaque systole, le volume du cœur diminuant, quelque chose prenne la place devenue libre. Ce quelque chose, c'est le poumon. Dès que la pression diminue en un point, l'air et le sang s'y précipitent. Ce mécanisme de coussinet aéroliquide ne peut fonctionner que si le tissu pulmonaire est d'une souplesse parfaite.

Les minces languettes de poumon qui s'insinuent de chaque côté entre la paroi thoracique et la face antérieure du cœur jouent à ce point de vue un rôle prépondérant. Elles protègent les cavités droites contre les mouvements du thorax.

Ces languettes sont fragiles : elles s'altèrent de bonne heure. Douai a montré qu'elles perdent de leur souplesse vers 45 ans. Le cœur devient alors dans une certaine mesure solidaire de la paroi. De là l'essoufflement qui accompagne les efforts chez la plupart des hommes qui ont dépassé la cinquantaine.

L'oblitération des culs-de-sac pleuraux antérieurs, la sclérose plus accentuée des languettes pulmonaires peut entraîner, chez des individus dont le muscle cardiaque est peu développé, une dilatation du cœur droit. Sans qu'il y ait d'adhérences, la solidarité cardio-thoracique devient telle qu'elle cause en quelque sorte une symphyse fonctionnelle.

Cette conception m'a conduit à traiter certaines dilatations du cœur droit par la chondrectomie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des « Pieds gelés »

Par M. Th. FILLASSIER

L'effroyable guerre qui bouleverse en ce moment le monde, a ouvert à notre jeune chirurgie un champ d'expérience et d'étude des plus étendus.

On a vu réapparaître des accidents qui, depuis 1870, n'étaient plus observés en France qu'en des cas isolés ; nous voulons parler des pieds gelés. Pour les éviter, on graisse les pieds à la vaseline ou, faute de vaseline, de suif, de graisse ou de tout autre corps gras que le soldat trouve sous la main, car, hélas ! il n'a pas le choix.

Le professeur Rédard et le Dr Lhuillier, dont les travaux scientifiques sont si appréciés, ont appliqué dans leurs hôpitaux un traitement qui donne d'excellents résultats. Dans le service du Dr Capdeville, sous la direction du Dr Lhuillier, sur 30 cas de pieds gelés au troisième degré, on a eu recours deux fois seulement à la chirurgie.

Voici en quoi consiste le traitement : à l'arrivée on fait prendre un bain de pied de 20 à 25 minutes dans l'eau chaude à 40° environ ; puis on sèche soigneusement les pieds et on les enveloppe dans de l'ouate. Le malade se couche, et on a soin de mettre un petit coussin sous ses pieds pour qu'ils soient plus élevés que le reste du corps afin de faciliter la circulation du sang.

Le lendemain on applique un courant d'air chaud à l'aide d'un appareil électrique relié, à cet effet, à un courant.

Cet air chaud et sec doit passer en un courant régulier à une température de 40° à 50° sur toutes les parties du pied malade ; on veille, à l'aide de la main gauche, à ce que la vapeur sèche ne s'élève pas à une température susceptible de léser la peau.

L'application d'air chaud doit durer de huit à dix minutes. Immédiatement après, un massage doux à l'alcool à 90° doit être fait. Au début, un simple effleurage suffit, puis, progressivement, on arrive à un massage plus compressif, en ménageant soigneusement l'épiderme très tendre.

On imprime aux orteils pris collectivement entre les deux mains un mouvement régulier de va et vient qui hâte considérablement la circulation du sang et revivifie les tissus.

Le massage ne doit pas être prolongé au delà de dix minutes. Les bains de pied et les applications d'air chaud doivent être appliqués alternativement tous les deux jours, l'effleurage à l'alcool tous les jours. Les parties musculaires détruites, d'aspect noirâtre, ne tardent pas à sécher et à tomber, tandis que les parties moins touchées, d'aspect violacé, ne tardent pas à prendre une coloration rosée qui s'affirme à mesure que la circulation du sang redevient régulière.

Après un traitement de six semaines à deux mois, le malade est complètement guéri et marche sans la moindre souffrance.

REVUE D'ÉLECTROLOGIE

La mobilisation dans les tissus des projectiles magnétiques par des séances répétées d'électro-magnétisme

Par M. le Docteur J. BERGONIÉ,
Professeur de physique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux

Malgré les publications déjà parues, il semble qu'il reste encore beaucoup à faire pour utiliser rationnellement l'électro-aimant en chirurgie de guerre. Les essais faits dans un hôpital de l'armée, depuis tout à fait le début des hostilités, m'a conduit aux conclusions suivantes :

Tout d'abord, il est nécessaire d'avoir un électro-aimant aussi puissant que possible, le poids de l'électro ne devant jamais être un obstacle. Plusieurs modèles ont été essayés. Le dernier, du poids de 40 kilos, possède une âme magnétique en acier spécial, de 60 m/m de diamètre et une bobine magnétisante rapprochée de l'extrémité utile, absorbant 3 ampères 5 sur 110 volts. Les mesures qui ont pu être faites à l'hôpital pour évaluer pratiquement sa force attractive ont été faites avec un fragment d'obus de 10 grammes, de forme à peu près cubique, reposant sur l'une de ses faces. Ce fragment était attiré par l'électro, sur une lame de verre bien horizontale et parallèlement à son plan, à une distance de 10 cm.

Avec cet appareil, de nombreux essais ont été faits. Je citerai seulement les suivants, qui sont les plus convaincants :

Cas I. — Le capitaine L..., du 109e, reçoit, le 9 septembre, un éclat d'obus. Le projectile se loge très profondément, au voisinage des vaisseaux cruraux. La plaie se ferme, sans qu'on ait cherché à faire l'extraction dans un hôpital insuffisamment outillé, tant au point de vue radiographique qu'au point de vue chirurgical. Entré à l'hôpital no 4, à Bordeaux, on localise le projectile par la radiographie, mais à cause de sa situation dangereuse pour l'extraction chirurgicale, on essaie de l'attirer à la peau au moyen de l'électro-aimant. Un premier essai ne donne aucun résultat, aucun gonflement de la surface cutanée, aucune sensation interne de piqûre ou de pression. On recommence le lendemain, sans résultat plus favorable, et sans se décourager pendant trois jours, faisant durer les séances 10 à 15 minutes, avec fermeture et ouverture du circuit magnétisant. A la 5e, on commence à apercevoir un très léger gonflement des tissus. A la 6e séance, le gonflement, au moment où l'on rétablit le courant dans l'électro, est visible par tous les assistants. A partir de ce moment-là, plus on répète les attractions successives avec rupture du courant, plus la perception du corps étranger devient nette. A chaque séance, il y a un gain notable dans les mouvements constatés du projectile vérifié par la radiographie. Au bout de huit séances, la tuméfaction passagère de la peau, provoquée par l'attraction magnétique, avait 1 cent. 5 de hauteur au minimum, et s'étendait sous la forme d'un ellipsoïde de 10 centimètres de longueur sur 5 à 6 suivant le petit axe. Arrivé à ce résultat, on nota, avec un crayon dermographique fin, le point de saillie maxima et les deux axes de l'ellipsoïde et, avec une incision de 4 centimètres de longueur conduisant sur les fibres musculaires du vaste interne, à 2 cm. 5 de profondeur, environ, on tomba immédiatement sur le corps étranger, qui fut immédiatement enlevé à la pince.

Cas II. — La seconde observation a trait au sergent Y..., ayant reçu, au-dessus du coude, un projectile de forme très compliquée, décelé par la radiographie. Malgré un repérage précis sur le bras un peu œdématié, le chirurgien ne

put arriver à trouver le projectile et l'incision fut refermée. Alors on procéda avec le sergent Y... comme on l'avait fait avec le capitaine L... Les premières séances d'électromagnétisme ne donnèrent pas de résultats sensibles, mais peu à peu, la tuméfaction formée par la poussée du corps magnétique attiré devint manifeste, s'augmenta progressivement, comme pour le cas précédent. Le point optimum fut recherché avec une pièce polaire à pointe aiguë, marqué sur la peau, et une incision très petite à la cocaïne permit d'extraire une chemise de balle allemande.

Cas III. — Dans un troisième cas, il s'agit du soldat colonial L..., blessé le 22 août. Diagnostic : fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, avec éclats métalliques, dont le plus volumineux, localisé par la radiographie, est assez profond. Essais d'extraction dès le 31 décembre, qui ne donnent d'abord aucun résultat. La radioscopie ne permet de voir aucun déplacement du corps étranger, lorsqu'on interrompt ou que l'on rétablit le circuit magnétisant. Malgré cela, on continue les applications avec ruptures et fermetures alternées, et cela pendant 22 séances, jusqu'au 24 janvier. Un nouvel examen radiographique et radioscopique montre alors que les déplacements du corps métallique, au moment des ruptures et des fermetures, ont considérablement augmenté d'amplitude. Un repérage est fait comme précédemment, l'opération est pratiquée le 25 et un morceau de fonte de 6 grammes est extrait très facilement.

D'autres cas, tout aussi favorables, pourraient illustrer cette méthode, dont les principes à retenir sont les suivants :

1° Il ne faut pas se décourager lorsqu'on n'observe aucune action de l'électro-aimant sur des projectiles reconnus magnétiques;

2° La mobilisation du projectile magnétique par des séances répétées d'électro-magnétisme, avec fermeture et rupture du circuit, est un fait constant;

3° La mobilisation du projectile par l'électro-aimant en rend l'extraction simple, facile et sûre.

REVUE DE RADIOGRAPHIE

Plaques radiographiques en papier

Les plaques photographiques utilisées par les radiographes présentent divers inconvénients. Elles sont encombrantes, lourdes, fragiles.

Peu importants dans la pratique courante des laboratoires, ces divers défauts deviennent fort graves quand il s'agit de répondre aux nécessités d'installations mobiles comme doivent l'être forcément les ambulances des armées en campagne.

Pour ces raisons, on ne saurait donc accorder trop d'attention à la disposition nouvelle proposée récemment par un spécialiste de la radiographie, M. Ch. Vaillant.

Ce dernier s'est avisé de substituer un papier fort au verre utilisé comme support de la couche d'émulsion sensible. Il obtient ainsi des plaques minces comme une feuille de carte, fort légères, naturellement, et qu'il est aisé de ranger à plat ou enroulées sans jamais avoir à redouter leur bris.

Le seul inconvénient de ces nouvelles plaques sensibles en papier est qu'elles se prêtent seulement à l'obtention de négatifs radiographiques et ne permettent point, faute de transparence, le tirage d'épreuves positives sur papier comme il est loisible de le faire à volonté avec les clichés radiographiques sur verre.

C'est là, assurément, une infériorité très réelle.

Mais est-elle définitive ?

Voici déjà une bonne quinzaine d'années, les amateurs de photographie purent mettre à l'essai un papier sensible préparé pour l'exposition directe à la chambre noire et destiné à être utilisé au lieu et place des plaques photographiques habituelles.

D'un grain très fin, ce papier, dont nous nous souvenons d'avoir personnellement fait usage, permettait de recueillir d'excellents clichés négatifs utilisables, bien qu'ils fussent enregistrés sur un support en apparence parfaitement opaque, de la même façon exactement que les clichés sur verre ou sur pellicule de gélatine, pour l'obtention d'épreuves positives sur papier.

Dans le cas des papiers employés ces temps derniers par M. Vaillant, la même commodité n'existe pas, les dits papiers étant trop épais et partant trop opaques pour se laisser traverser par la lumière.

Mais, dans la pratique radiographique, c'est là, de façon générale, un inconvénient minime.

Il est, en effet, de peu d'importance, sauf de rares exceptions, de ne point posséder d'épreuves positives et le fait pour le nouveau papier gélatino de peser *trente fois moins lourd* que les plaques photographiques, de coûter *trois fois moins cher* et de n'être pas fragile ni encombrant compense singulièrement et au delà ce défaut de transparence.

Moins rapides que les plaques photographiques, les nouveaux papiers nécessitent une pose un peu plus longue, mais qui n'est en aucune façon excessive, surtout quand l'on fait usage d'un écran renforçateur.

D'après M. Ch. Vaillant, voici, du reste, les temps nécessaires pour obtenir d'excellentes impressions alors que l'on fait usage d'une bobine de 25 centimètres d'étincelle et d'un interrupteur à turbine de Ducretet.

Main, pied	en	4 secondes
Poignet	en	6 —
Coude, cou-de-pied	en	8 —
Jambe	en	10 —
Epaule, genou	en	15 —
Cuisse	en	25 —
Thorax ou bassin	en	30 —

Quant au développement des clichés sur papier, il peut naturellement s'effectuer avec tous les bains révélateurs en usage chez les photographes.

M. Vaillant, cependant, recommande le suivant qui lui paraît donner de meilleurs résultats :

Eau	1.000
Sulfate de soude cristallisé	60
Carbonate de potasse	60
Hydroquinone	15
Bromure de potassium	1

CARNET DU PRATICIEN

Bronchite chronique

Si la médication externe est insuffisante, recourir, mais avec discrétion, aux basalmiques à l'intérieur sous les formes suivantes :

Benjoin	0 gr. 05
Goudron purifié	0 gr. 05
Poudre de Dower	0 gr. 03

pour une pilule molle n° 60. Cinq par jour.

Terpine	0 gr. 50
Benzoate de soude	0 gr. 50
Codéine	0 gr. 003

pour un cachet n° 60. Six à huit par jour.

Terpine	0 gr. 10
Benzoate de soude	0 gr. 10
Poudre de Dower	0 gr. 10
Poudre de racine de belladone	0 gr. 01

En cachets n° 30. Trois à cinq par jour à trois heures d'intervalle.

Contre l'accès de goutte

Pour calmer la douleur, en même temps que l'on institue la cure d'Urodonal (une cuillerée à soupe en solution dans un verre d'eau, trois fois par jour), on peut, avec Legendre et Martinet, recourir à des applications locales de l'un des liniments suivants :

Extrait de belladone	4 grammes
Laudanum de Rousseau	4 —
Camphre	4 —
Huile de jusquiame	150 —

En applications locales tièdes à renouveler trois ou quatre fois par jour.

Ou :

Extrait de belladone	0 gr. 50
Extrait de jusquiame	0 gr. 50
Laudanum de Sydenham	5 grammes
Baume tranquille	20 —

Comme ci-dessus.

Ou :

Salicylate de méthyle	15 grammes
Huile de jusquiame	15 —

En répandre une à deux cuillerées à café sur l'articulation malade, recouvrir d'ouate, de tissu imperméable, pour prévenir l'évaporation et fixer par une bande souple et élastique (flanelle ou crêpe).

Ou encore :

Salicylate de méthyle	15 grammes
Laudanum de Sydenham	15 —
Baume tranquille	15 —

Dysménorrhée

Résine de gaïac	112 grammes
Carbonate de potasse	5 gr. 40
Poudre de piment	28 gr
Alcool faible	0 gr. 567

Macération huit jours, filtrer. — Une cuillerée à café 3 fois par jour.

Prendre encore et plus avantageusement des comprimés de fandorine, de dix à douze par jour, en les espaçant par deux à la fois chaque deux heures.

Laryngite striduleuse

On peut prescrire l'une des potions suivantes :

Hydrolat de laitue	60 grammes
Sirop de codéine	7 —
Sirop de fleurs d'oranger	20 —
Alcoolature d'aconit	X gouttes

Par cuillerée à café d'heure en heure.

Ou :

Chloroforme	X gouttes
Glycérine	5 grammes
Sirop de tolu	20 —
Eau	60 —

Par cuillerée à café de demi-heure en demi-heure au moment de l'accès.

Bromure de potassium	0 gr. 50
Sirop de belladone	10 grammes
Sirop d'écorces d'orange	30 —

Ou bien encore :

Julep gommeux	60 grammes
Kermès minéral	0 gr. 05

Par cuillerée à café de deux en deux heures.

Contre l'acné

1° Régime alimentaire : suppression absolue de toute charcuterie, du poisson de mer, des crustacés, des viandes faisandées, des choux et choux-fleurs, des fromages faits, du vin, du thé, du café et des produits acides.

Régime végétarien de préférence. Boire de l'eau, manger lentement et bien mastiquer les aliments.

2° Le soir, en se couchant, se laver le visage avec la lotion suivante sans essuyer :

Soufre précipité	10 grammes
Alcool à 90°	30 —
Eau	250 —

3° Avant les deux principaux repas boire une semaine sur deux un verre à bordeaux d'eau de Vichy (source Célestins).

4° Un peu avant chaque repas, prendre, délayé dans un peu d'eau sucrée, de 2 à 3 comprimés de Sinubérase.

Contre le psoriasis

Acide thymique (ou thymol)	0 gr. 30
Alcool rectifié	30 grammes
Glycérine pure	30 —
Eau distillée	240 —

Faire dissoudre.

Appliquer cette solution au pinceau, dans le cas où le psoriasis s'étend sur une grande surface. Préalablement, il sera bon de détacher, les écailles autant que possible. (CROCKER).

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : A. GEOFFROY.

Les Médecins et la Guerre

Suite

(Nous déclinons toute responsabilité au sujet des erreurs qui pourraient se trouver dans cette liste).

Les Morts

M. Pierre-Henri Pouchin, médecin auxiliaire au 158e régiment d'infanterie.

M. Ed. Grandmaire, médecin-major de 2e classe au 14e régiment de dragons.

M. Ch. Tenot, médecin auxiliaire au 36e régiment colonial.

M. Pierre Valentin, médecin aide-major décédé à l'hôpital militaire de Châlons.

M. Maurice Gohier, médecin aide-major au 114e régiment d'infanterie.

M. P.-E. Le Maguet.

M. Gruyer, médecin-major au 183e régiment d'infanterie.

M. André Souberbielle, médecin auxiliaire au 130e régiment d'infanterie.

M. Henri Desgorges, médecin auxiliaire au 2e régiment de zouaves.

M. Albert Wallon, externe des hôpitaux, médecin auxiliaire au 2e bataillon de tirailleurs marocains.

M. Ch. Lefebvre, médecin-major de 2e classe au 8e régiment d'infanterie.

M. Girardin, médecin auxiliaire au 161e régiment d'infanterie.

M. Pignerol, médecin ade-major de 1re classe au 109e régiment d'infanterie.

M. Pierre-Saint-Yves Menard, interne des hôpitaux de Paris, médecin auxiliaire au 106e régiment d'infanterie.

M. Raoul Hanotte, étudiant en médecine, interne suppléant des hôpitaux de Saint-Etienne.

M. Dacier, médecin aide-major au 8e régiment de hussards.

LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER. — M. Boinet, médecin principal de 2e classe.

M. Cornille, médecin principal de 2e classe.

M. Peradon, médecin principal de 2e classe.

M. Cassan, médecin-major de 1re classe.

CHEVALIER. — M. Vidal, médecin aide-major de 1re classe.

M. Berard, médecin-major de 1re classe.

M. Lebrun, médecin-major de 2e classe.

M. Baratier, médecin-major de 1re classe.

M. Vincens, médecin aide-major de 1re classe des troupes coloniales.

M. Mercier, médecin-major de 2e classe au 22e régiment d'infanterie coloniale.

M. Pipault, médecin-major de 2e classe territorial, chef de service du 277e régiment d'infanterie.

M. Bourgarel, médecin-major de 2e classe au 36e régiment d'infanterie coloniale.

M. Balme, médecin-major de 2e classe au 29e bataillon de chasseurs à pieds.

M. Daireaux, médecin-major de 1re classe, chef de service au 124e régiment d'infanterie.

M. Rault, médecin-major de 2e classe au 115e régiment d'infanterie.

M. Bonjean, médecin aide-major de 1re classe au 31e régiment d'infanterie.

M. Cl. Vincent, médecin aide-major de 2e classe au 46e régiment d'infanterie.

M. Faure, médecin-major de 1re classe, médecin divisionnaire.

M. Bobeau, médecin aide-major de 2e classe de réserve, chef de service d'un groupe d'artillerie lourde mobile.

MÉDAILLE MILITAIRE

M. Cherouvrier, médecin auxiliaire au 36e régiment d'infanterie coloniale.

M. Mondain, médecin auxiliaire au 22e régiment territorial.

M. Fouchet, médecin auxiliaire, élève de l'école du service de santé de la marine, au 46e régiment d'infanterie.

M. A. Loumaigne, médecin auxiliaire au 88e régiment d'infanterie.

Citations à l'Ordre de l'Armée

M. Laffargue, médecin major de 1re classe du groupe de brancardiers du 17e corps.

M. de Lavergne de Vezeaux, médecin-major de 2e classe au groupe de brancardiers du 17e corps.

M. Lanteaume, médecin-major de 1re classe de l'H. O. E. no 37.

M. Debombourg, médecin-major de 2e classe au 261e régiment d'infanterie.

M. Girardin, médecin auxiliaire au 161e régiment d'infanterie.

M. Ricard, médecin-major de 1re classe au 119e régiment d'infanterie.

M. Perrin, médecin auxiliaire au 159e régiment d'infanterie.

M. Dargein, médecin-major de 2e classe au régiment de tirailleurs marocains.

M. Pouchin, médecin auxiliaire au 158e régiment d'infanterie.

M. Pierre, médecin de 3e classe de la brigade de fusiliers marins.

M. Augier, médecin aide-major de 2e classe, au 68e régiment d'infanterie.

M. Robiolis, médecin auxiliaire au 261e régiment d'infanterie.

M. Delon, médecin aide-major de 2e classe de réserve au 7e régiment d'infanterie.

M. Marsy, médecin aide-major de 2e classe au 89e régiment d'infanterie.

M. Giudice, médecin-major de 2e classe au 5e régiment d'infanterie coloniale.

M. Fiolle, médecin aide-major de 2e classe au 33e régiment d'infanterie coloniale.

M. Letainturier de la Chapelle, médecin-major de 1re classe, chef de service au 171e régiment d'infanterie.

M. Villain, médecin auxiliaire du groupe des brancardiers d'une division d'infanterie.

M. Thiry, médecin aide-major de 1re classe à la brigade mixte.

M. Peltier, médecin-major de 2e classe, chef du service de santé du 361e régiment d'infanterie.

M. Gorse, médecin-major de 1re classe, ambulance 1/17.

M. Bernard, médecin auxiliaire au 11e régiment d'artillerie.

M. Saint-Pierre, médecin aide-major de 1re classe de réserve au 23e régiment d'infanterie.

M. Giguet, médecin aide-major de 2e classe du 23e régiment d'infanterie.

M. Contet, médecin aide-major de 2e classe au 59e régiment d'artillerie.

M. Keruzore, médecin auxiliaire au 22e régiment d'infanterie coloniale.

M. Pelicand, médecin aide-major de 1re classe au 60e régiment d'infanterie.

M. Pignerol, médecin aide-major de 1re classe au 109e régiment d'infanterie.

M. Leymarie, médecin-major de 2e classe au 344e régiment d'infanterie.

M. Tenot, médecin auxiliaire au 36e régiment colonial.

M. Bonnescuelle de Lespinois, médecin auxiliaire au 106e régiment d'infanterie.

M. Bousseau, médecin aide-major de 1re classe au 3e régiment de dragons.

MÉDECINS CIVILS CITÉS A L'ORDRE DU JOUR.

M. Wurtz, médecin à Compiègne (Oise).

VILLES DE SAISON

CE QUI SE PASSE

Stations hydrominérales.

Par decret, le quartier de la Mouillère, faisant partie de la ville de Besançon (Doubs), est érigé en station hydrominérale.

Une chambre d'industrie thermale est créée dans cette station.

ÉCHOS

Le Secours de Guerre à la Famille Médicale.

La présente guerre a particulièrement éprouvé la grande famille médicale. Il suffit de lire dans la presse les longues listes de morts au Champ d'Honneur pour avoir une idée du nombre de veuves et d'orphelins que cette conflagration sans exemple dans l'Histoire laissera dans les familles des nôtres. Et, en attendant que les pouvoirs publics versent les rentes prévues aux ayant-droits de nos glorieux morts, combien s'en trouve-t-il déjà laissés sans ressources par la soudaine disparition du Chef de famille.

Il n'est pas d'ailleurs que les morts comme victimes de la guerre : nombreux aussi hélas sont nos Confrères qui, exerçant dans les départements envahis au mois d'août, ont dû être évacués avec leur famille vers l'intérieur du pays à l'approche des armées ennemies. Qui ne sait avec quelle inimaginable précipitation a dû se faire ce douloureux exode consacrant l'abandon non seulement de toute clientèle, mais encore d'un foyer avec ses modestes ressources souvent si péniblement acquises ! En attendant la réparation financière que la victoire finale exigera de l'agresseur, le plus grand nombre de nos Confrères réfugiés s'est installé dans notre région parisienne espérant que la Capitale représenterait pour eux et leurs familles si éprouvées les meilleures chances d'aide confraternelle.

Cette bonne confraternité ne leur fera pas défaut ; pour ne pas en disperser les efforts, il nous a paru qu'il fallait éviter la création d'une œuvre nouvelle. N'existe-t-il pas déjà *l'Œuvre Parisienne de Secours Immédiat et d'Assistance à la Famille Médicale* qui réunit les groupements professionnels Parisiens dans le seul but de parer *au plus pressé* au cas de véritable détresse confraternelle.

Cette œuvre, forte de son passé et de son expérience charitables, a décidé dans son Assemblée Générale du 13 février de créer une caisse annexe pour la durée de la guerre sous le nom de *Secours de Guerre à la Famille Médicale*. La gestion en a été confiée au Dr Bongrand, trésorier du S. M. S., qui sollicite par cet appel les dons personnels de tous nos Confreres et bienfaiteurs ainsi que les souscriptions des groupements professionnels.

Souvent publiée par la presse médicale, la composition de notre Bureau (rappelons-le) est la suivante :

Président : Dr Granjux, (Syndicat de la Presse Médicale).

Vice-Présidents : Drs Ducor (Sociétés d'Arrondissements) ; Vimont (Syndicat des Médecins de la Seine).

Secrétaire Général : Dr De Pradel (Syndicat Médical de Paris).

Trésorier : Dr Butte (Association Générale des Médecins de France, Société Centrale).

L'Œuvre Parisienne de Secours Immédiat et d'Assistance.

Nota-Bene. — L'autonomie de la *Caisse du Secours de Guerre à la Famille Médicale* nécessite l'envoi direct des dons particuliers et des souscriptions collectives à l'adresse du Trésorier spécial :

Dr Bongrand, 6, rue Villaret-de-Joyeuse, Paris (17e).

Les certificats relatifs à l'assistance des femmes en couches sont exemptés de timbre.

Le projet de loi qui déclare exempts du timbre et des droits d'enregistrement les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la loi du 17 juin 1913 sur l'assistance aux femmes en couches et des articles 68 à 75 de la loi de finances du 30 juillet 1913 et ayant exclusivement pour objet le service de l'assistance aux femmes en couches vient d'être adopte par le Parlement.

Par contre, celui-ci a refusé la même faveur aux certificats, significations, procés-verbaux d'enquête, jugements et tous autres actes ayant exclusivement pour objet la rectification d'un acte de l'etat-civil.

La constitution physique du soldat

Comment doit-on examiner les jeunes soldats ? Le docteur Jolivot qui vient d'étudier cette question dans sa thèse inaugurale, a réuni nombre des observations déjà faites par le médecin-major Thooris, chef du laboratoire de morphologie de l'armée, et il a ajouté celles qu'il a pu faire aux visites d'incorporation des classes 1911, 1912 et 1913 dans divers régiments. Voici ses principales deductions.

Au-dessous de vingt ans, l'homme n'est généralement pas assez fort pour faire un soldat. Il y aurait danger à avancer l'âge du recrutement.

La taille ne saurait être abaissée pratiquement — puisque depuis 1901 aucun minimum officiel n'est fixé — au-dessous de 1 m. 52 et même, estime l'auteur, dans le plus grand nombre de cas, de 1 m. 54.

Le poids donne d'utiles indications. Normalement, d'après certains auteurs, il doit être donné en kilogrammes par le nombre exprimant celui des centimetres de taille dépassant 1 m. 04.

Quant au périmètre thoracique, il doit être égal, à peu de chose près, à la moitié de la taille.

Mais — et c'est là le point important — ces données de mensuration, quelle que soit leur valeur, ne sauraient remplacer l'exploration clinique individuelle, qui reste le procédé d'inspection le plus simple et le meilleur. Cet examen doit être pratiqué tant au point de vue de la constitution et du tempérament que de la morphologie, en ayant bien soin de se souvenir que la valeur biologique d'un individu ne coincide pas forcement avec une proportion définie entre certaines dimensions et que la symétrie des formes ne saurait être un signe de supériorité.

Enfin, il faut tenir un compte rigoureux des rapports étroits qui unissent la valeur apparente d'un soldat avec le milieu où il vit.

86e Année (Série XIVe) — No 266 Le Numéro 25 Centimes Mercredi 21 Mai 1915

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Prés. de cl. Expos. Gand 1913

Ancienne *Gazette de Santé*
(142e Année)

Sommaire du Numéro du 21 Mai 1915

ÉCHOS

Nos amis.

Nous apprenons avec regret que notre ami et collaborateur, M. le Dr A. Satre, ancien prosecteur à l'Ecole de Médecine et actuellement médecin aide-major de 1re classe au 3e bataillon du 105e régiment territorial d'infanterie, a été blessé le 28 mars dernier, alors qu'il donnait des soins à un homme grièvement atteint.

Notre confrère, qui n'est point encore guéri à l'heure actuelle, a été, à cette occasion, l'objet de la citation suivante à l'ordre du 32e corps d'armée :

« M. le médecin aide-major de 1re classe Satre (Antoine-Paul), du 3e bataillon du 105e régiment territorial d'infanterie :

« A constamment rempli ses devoirs de médecin-major avec beaucoup de science et de dévouement, organisant les services d'hygiène de divers cantonnements importants. Blessé à son poste de secours par une balle au bras a refusé de se laisser évacuer et a continué son service. »

Pour la Serbie,

Nous avons reçu la lettre suivante :

Monsieur Lucien Graux,
Directeur de la *Gazette Médicale de Paris.*

Monsieur et honoré Confrère,

Chargé officiellement par le Gouvernement serbe de recruter des confrères français, je vous serais très reconnaissant de vouloir bien l'annoncer dans la *Gazette Médicale de Paris* le plus tôt que possible.

Déjà, le Gouvernement français a bien voulu, avec une générosité digne de toute notre reconnaissance, emprunter à son propre Service de Santé militaire une centaine de médecins qui sont actuellement en fonction dans notre pays et y rendent d'éminents services. Nous ne pouvons, dans les circonstances présentes, lui demander un nouveau sacrifice.

Aussi mon Gouvernement s'adresse-t-il, maintenant, aux médecins français libres de toutes obligations militaires.

Ceux qui voudront bien répondre à cet appel auront, surtout, à assurer les services des hôpitaux alors que leurs confrères, précédemment partis, avaient pour mission de lutter particulièrement contre les épidémies.

Le Gouvernement serbe s'engage à payer une somme mensuelle à partir de 600 francs ; il prendra, en outre, à sa charge, les frais de nourriture et le logement, ainsi que les frais de voyage aller et retour.

Les confrères que pourrait intéresser cet appel sont invités à demander de plus amples renseignements, soit au Consulat de Serbie (M. Tomitsch), 10, rue Auber (de 3 à 5 heures), soit, à moi-même, 30, avenue de l'Opéra, de 6 à 7 heures du soir.

Dr Pétrovitch.

A la Gloire du Corps médical

Chacun a fait son devoir, durant cette terrible guerre ; il y a eu des héros, des dévouements sublimes dans toutes les corporations, c'est entendu, et justice sera rendue à chacun ; mais on me permettra bien de tresser des couronnes spéciales pour ceux des nôtres qui se sont distingués de façon exceptionnelle. En dehors de ce qui a déjà été relevé à ce sujet, le martyrologe médical aura son livre d'or et de nombreux documents ont déjà été recueillis, afin de le rendre aussi complet, aussi édifiant que possible. Je ne veux donc que relever quelques traits, qui m'ont particulièrement touché et seront certainement accueillis avec admiration par mes lecteurs.

Je rappellerai tout d'abord que lorsqu'un vandalisme stupide, aussi inutile que sauvage, transforma en ruines la merveille gothique de Reims, la nef de la cathédrale était remplie de blessés allemands. Il aurait semblé tout naturel que, par un sentiment de justes représailles, on les laissât avec indignation griller dans la fournaise. Au lieu de cela, médecins, militaires et infirmiers rivalisèrent de zèle, en exposant même leur vie, sous le feu de la mitraille ennemie, pour sauver et emporter ailleurs le plus grand nombre des victimes. Quelques soldats teutons seulement ne purent pas être sauvés, les autres furent mis en sécurité, à l'abri des projectiles.

Cette humanité si discrète, ce dévouement sublime, ne sont-ils pas dignes des plus belles traditions de l'antiquité ?

Nombre de journaux ont célébré les hauts faits de nos confrères. A la fin d'octobre, l'*Eclair*, après avoir constaté qu'au point de vue de l'organisation, les services sanitaires, plus surpris qu'ils n'auraient dû l'être, avaient donné lieu à certaines critiques, ajoutait ceci : « Notre corps médical en est excepté ; par sa science et sa conscience, il a été partout à la hauteur de sa tâche écrasante. Il ne l'a pas remplie qu'avec le dévouement qu'on pouvait attendre d'hommes qui forment, dans notre pays, par métier et par éducation, une élite : il a été au-delà. Sur le front de l'armée, dans les ambulances, sur le champ de bataille, comme dans les villes bombardées, c'est sous le feu qu'avec intrépidité et sang-froid il a disputé nos blessés à la mort qu'il bravait lui-même. Jeunes barbes ou barbes grises luttent d'un cœur également intrépide pour la patrie et l'humanité. »

Si tant de médecins ont été pleins de pitié et d'abnégation, c'est qu'ils ont écouté tout d'abord leur propre cœur et qu'ensuite ils ont été encouragés dans leur œuvre de miséricorde par les plus nobles écrivains, parmi lesquels je me contenterai de citer René Bazin, qui écrivait il n'y a pas longtemps à leur adresse : « Peut-être pensez-vous que vous servez seulement les blessés, les malades, les spoliés, les pauvres ? Vous vous trompez ; vous augmentez aussi le bon renom du pays ; vous préparez la renaissance de la France, qui sera d'autant meilleure, au lendemain de la guerre, qu'elle aura été plus pénétrée des exemples de votre charité et de votre fraternité. »

Vous n'ignorez pas quels regrets a laissé le docteur Reymond, sénateur de la Loire, qui avait été cité à l'ordre du jour pour ses audacieuses et fructueuses reconnaissances, et fut tué en octobre d'une balle en plein front, au cours d'une ascension en aéroplane pour surveiller l'ennemi. C'était un pilote remarquable et aussi un orateur de grande valeur. Comme la population de Montbrison, on ne peut que s'incliner avec un respect ému devant la tombe de ce vaillant.

On sait combien le bombardement de Maubeuge fut terrible, surtout durant la nuit du 3 au 4 septembre, de 8 heures du soir à trois heures du matin. C'est à ce moment que le service de santé fit particulièrement preuve de sang-froid et de dévouement.

Le gouverneur général de Maubeuge a cité à l'ordre du jour M. le docteur Potel, MM. Valentin et Houzel, aides-majors, Cousin, aide-pharmacien, le personnel infirmier de la rue de la République qui, parmi les flammes et sous une pluie de projectiles, ont sauvé leurs blessés, pratiqué les opérations les plus urgentes et mis en sûreté leurs provisions de pansement.

Un certain nombre de médecins ont été tués ou fusillés par l'ennemi, comme le docteur Jacquin, adjoint au maire de Reims. D'autres, plus favorisés, ont tenu tête aux Allemands, mais à quel prix, tel le docteur Chopinet, maire de Crépy-en-Valois, qui, gravement malade et alité depuis plusieurs mois, eut le courage de se traîner jusqu'à la mairie pour défendre les intérêts de ses concitoyens contre l'envahisseur et même de se porter auprès des malades qui demandaient des secours.

Parmi les citations à l'ordre du jour du *Journal Officiel*, pour célébrer les actes de courage et de dévouement accomplis par les fonctionnaires et les populations civiles, une des premières a été consacrée au docteur Langlet, maire de Reims, dont la conduite fut tout à fait remarquable.

On peut en dire autant du docteur Verron, le chirurgien bien connu d'Epernay, dont le sang-froid et l'à-propos sauvèrent la ville. Le récit en a été fait de divers côtés et est désormais historique ; mais il n'est pas mauvais de le rappeler encore. Il ne consentit à traiter le neveu du duc de Meklembourg, auquel une balle avait causé une perforation intestinale, que si le prince restituait la somme de 175.000 francs prélevée sur la ville d'Epernay et tenait compte de quelques autres réclamations, qui furent acceptées.

L'opération fut suivie du plus heureux résultat, grâce à la science du sympathique praticien.

Qu'il me soit permis de faire encore mention de l'odyssée non moins connue du médecin-major Dercle, du 28e de ligne, qui a été assez heureux pour survivre à 97 blessures, un obus ayant éclaté au-dessus de sa tête. On peut dire que c'est un joli record.

Il est vraiment surprenant qu'aucun organe essentiel n'ait été atteint.

L'héroïque major, qui a assisté à trois grandes batailles, avait déjà fait les campagnes du Tonkin, de Tunisie et du Maroc, sans être..... entamé. Soubaitons-lui de devenir centenaire, puisqu'il a eu la chance d'échapper à tant de dangers.

Ces dévouements rétrospectifs paraissent déjà remonter à bien loin, en raison de la marche rapide des événements auxquels nous venons d'assister. J'ai tenu à les magnifier de nouveau parce qu'ils ont fait école, parce que le bon exemple a été suivi. Vous pouvez lire tous les jours dans la presse les manifestations glorieuses d'énergie et de sang-froid dont nos confrères de tous grades sont coutumiers, sans souci de leur existence si précieuse pourtant pour leurs familles, dans la généralité des cas.

Dès la fin de décembre, d'après le professeur Tuffier, le nombre des membres du corps médical tués, blessés ou disparus s'élevait à 793. Depuis lors, cette sombre statistique a dû s'accroître considérablement et nous pouvons conclure plus que jamais, avec le président de la Société de chirurgie : « Conservons le vivant souvenir de ces faits ; que leur triste lueur nous éclaire, guide notre conduite et élève nos cœurs ! »

Dr GRELLETY (de Vichy).

Les Médecins et la Guerre

Suite

(Nous déclinons toute responsabilité au sujet des erreurs qui pourraient se trouver dans cette liste).

Les Morts

M. Alfred Gasnier, docteur à Montsurvent, près de Coutances, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Saint-Servan.

M. André Feray, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales.

M. Ferdinand Taillefer, médecin aide-major de 1re classe.

M. André Lépine, médecin aide-major, tué à Sainte-Marie-aux-Mines, le 2 novembre.

M. Petitgaud, médecin auxiliaire au 161e régiment d'infanterie.

M. Delpeyrou, médecin auxiliaire au 161e régiment d'infanterie.

M. Louis Cahuzac, médecin-major de 2e classe de la marine.

M. Alexis Geraudie, médecin aide-major de 1re classe, tué aux Eparges, le 20 février.

M. Le Cœur, médecin principal de la marine.

M. Charles Maynet, médecin-major au 126e régiment d'infanterie.

M. Goullaud, médecin principal de l'armée, décédé à l'hôpital militaire d'Auxerre.

Les Décorés

LÉGION D'HONNEUR

Commandeur. — M. Comte, médecin inspecteur, directeur du Service de santé d'un corps d'armée.

Officiers. — M. Berthier, médecin inspecteur, directeur du service de santé d'un corps d'armée.

M. Brissé-Saint-Macary, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé d'un corps d'armée.

M. Vogelin, médecin principal de 2e classe, directeur du service de santé d'un corps d'armée.

M. Lenez, médecin principal de 2e classe.

M. Martin, médecin principal de 1re classe.

M. Alvernhe, médecin principal de 2e classe.

M. Beigneux, médecin principal de 2e classe.

M. Georges, médecin principal de 2e classe.

M. Sabatier, médecin principal de 2e classe.

M. Lebon, médecin principal de 2e classe.

(Voir la suite page VII.)

Absence congénitale du péroné gauche

Par M. le Docteur H.-L. ROCHER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants de Bordeaux

Parmi les absences congénitales des os, celle du péroné est la plus fréquente. Le plus souvent elle est totale, parfois partielle et, en ce dernier cas, c'est le segment inférieur de l'os qui est déficient. Le tibia présente dans plus de la moitié des cas une courbure à convexité antérieure ; le pied se présente en *equin valgus* ; le membre tout entier est atrophié dans son volume, dans sa longueur, les lésions maxima siégeant sur le segment jambier. Telle est rapidement esquissée la physionomie de la malformation enregistrée sous la rubrique : *absence congénitale du péroné*. Quoique ce petit bébé qui fait l'objet de ma communication soit tout à fait classique par sa difformité, il me paraît néanmoins intéressant d'en donner l'observation complète, car le problème thérapeutique qui s'y rattache m'a paru délicat à résoudre : fallait-il s'abstenir ou intervenir ? La discussion de la conduite à tenir que j'expose en terminant conclut pour la première manière.

Armand N..... deux ans, est conduit à notre consultation de l'hôpital des enfants, le 21 février 1914 parce qu'il présente une déformation de son membre inférieur gauche, caractérisée par un pied equin valgus ; une courbure à convexité antérieure de la jambe dont le sommet se trouve à la partie moyenne, et une atrophie et un raccourcissement de tout le membre surtout marqués pour le segment jambier.

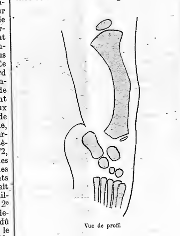
En examinant de plus près cette déformation l'enfant étant étendu sur une table, et en la détaillant, on constate en effet que le pied est maintenu en équin accentué par une forte rétraction du tendon d'Achille, à tel point que le pied se continue directement avec la jambe et que les deux axes se confondent, le pied appuyant par sa plante sur le plan de la table. De plus, si l'on met le genou en position normale, la rotule regardant au plafond, on constate en redressant cette position de rotation externe du membre, que le pied offre une déviation en valgus qui fait regarder la plante en dehors. Ce pied est très légèrement creux sur son bord interne et en essayant de corriger cette cambrure, on sent se tendre le bord interne de l'aponévrose plantaire. Les deux pieds étant relevés si l'on compare la longueur des deux plantes, on note un raccourcissement de douze millimètres (droit 11 cent. 5, gauche, 10 cent. 3), une augmentation dans la largeur de la plante, au niveau du talon antérieur, de deux centimètres 5 (droit 4 c/2, gauche, 6 c/5). Le 2e, 3e, 4e, 5e orteils gauches sont un peu plus gros, plus massifs, avec des plis plus marqués, comme si les téguments étaient hypertrophiés ; le gros orteil paraît plus court : il se trouve en retrait de 5 millimètres par rapport à l'extrémité du 2e orteil. A l'état habituel il est déjeté en dedans d'où apparence de *métatarsus varus* dû à cette attitude anormale du pouce dont le degré d'adduction peut être porté jusqu'à 60e très facilement ; à ce moment le gros orteil avec sa très large commissure qui l'unit au 2e orteil rappelle l'aspect du pouce. Cet élargissement en éventail de l'extrémité du pied due à la direction anormale en adduction du premier métatarsien et à la mobilité exagérée du pouce du côté interne, favorise les conditions toutes particulières dans lesquelles se trouve cet enfant pour marcher. Vu l'attitude très accentuée, en équin le talon antérieur constitue par son élargissement nn point d'appui utile pour le membre.

La jambe présente une *courbure légère* à convexité antérieure dont le sommet est situé à la partie moyenne du tibia ; au palper le tibia est aplati dans le sens antéro-postérieur. Les téguments sont normaux : toutefois à la partie culminante de la courbure se voit une *petite dépression linéaire* en coup d'ongle, d'une longueur de six millimètres, non adhérente au squelette. D'après les parents il aurait existé quelques jours après la



Vue de face

naissance un petit abcès à l'emplacement de cette cicatrice, de même qu'au niveau du dos du pied ; mais dans ce dernier point la cicatrice se traduit par une petite tache blanchâtre de la superficie d'une tête d'épingle noire, non adhérente et non déprimée. Les deux cicatrices sont donc totalement différentes d'aspect et il est difficile de savoir si la cicatrice de la jambe est antérieure ou non à l'abcès, si elle dépend ou non de lui : sur l'histoire de cet abcès les renseignements recueil-



Vue de profil

lis sont du reste tout à fait imprécis. On ne sent en aucun point de squelette péronier : pas de malléole externe, pas de tête péronière pas même de cordon fibreux représentant le péroné atrophié. Cette absence du péroné associé comme nous l'avons dit plus haut à l'attitude du pied en valgus équin présente donc un aspect classique.

En comparant les deux cuisses et les deux jambes on note une *atrophie dans la longueur et l'épaisseur des segments squelettiques, dans le volume des masses musculaires* que le tableau de mensuration ci-dessous exposé fera bien saisir.

Longueur de la cuisse depuis l'épine I.A.S. jusqu'à l'interligne articulaire du genou :

Dr 19
G. 17

longueur de la jambe depuis l'interligne du genou à la pointe de la malléole interne :

Dr 14
G. 11

Circonférence de la cuisse	Dr 23
— — —	G. 22
— — jambe	Dr 16
— — —	G. 15
diamètre bicondylien..........	Dr 6 1/2
—	G. 5
diamètre bimalléolaire	Dr 3 3/4
—	G. 3 1/2

Il ressort de ces chiffres que la *différence de longueur* entre les deux membres inférieurs est de 5 *cent.* Dr. 33. G. 28.

Et cependant lorsque l'on fait tenir l'enfant debout, lorsqu'on le fait marcher, courir, ce qu'il fait sans gêne apparente, mais avec une petite claudication, on voit que la *longueur pratique de ce membre gauche* doit être mesurée depuis l'épine I.A.S. jusqu'à la tête des métatarsiens appuyant sur le sol ; les mensurations que l'on relève sont alors :

Dr 35 1/2
G. 33

La compensation du raccourcissement est faite par la position du pied en équin, c'est ce qui explique que pendant la marche l'enfant ne s'incline pas trop sur son côté gauche.

L'examen du genou gauche nous révèle encore une *atrophie de la rotule* (diminution marquée de volume) et une légère attitude en *genu valgum* appréciable seulement lorsqu'on met les deux genoux en position symétrique. Pas de laxité articulaire. Les *réactions électriques* des muscles tant au point de vue faradique que galvanique, sont normales : on sent très bien se tendre sous le doigt la corde des extenseurs et une corde tendineuse dans la région des péroniers. Il n'est pas possible de dire s'il existe pour ce groupe de muscles des modifications morphologiques (notamment un muscle péronier au lieu de trois). Il est difficile de sentir la contraction du jambier antérieur, au contraire celle du triceps sural l'emporte par sa force sur celle des autres muscles.

Examen radiographique. — Pas de malformation de l'articulation coxo-fémorale ; hypoplasie du fémur se traduisant par une diminution de longueur et d'épaisseur de cet os. Le col du fémur paraît en attitude de coxa valga aspect dû à la rotation externe habituelle du membre. Absence complète de toute ébauche osseuse du péroné. Le *tibia* est très *diminué en longueur* ; vu de face son diamètre transversal est normal ; il paraît *légèrement arqué en dehors*. Vu de profil il présente un *élargissement de son diamètre antéro-postérieur* et une courbure à *convexité antérieure* dont le sommet siège juste au-dessous de la partie moyenne de l'os, disposition qui lui donne l'aspect de tibia en lame de sabre. La cavité médullaire est normale, nullement interrompue par du tissu compact pouvant faire penser à un ancien cal. La bande de tissu compact qui la borde est amincie du côté convexe, épaissie du côté concave ; toutefois les deux bords de l'os, antérieur et postérieur, évoluent dans leur courbure d'une façon parallèle, sans irrégularité, pouvant faire songer à une ancienne

lésion inflammatoire, périostique ou ostéomyélitique.

Les noyaux épiphysaires tibial supérieur et inférieur apparaissent nettement ; mais moins développés du côté droit. Le métatarsien et le tarse sont bien développés ; on note très distinctement et normaux comme volume, les noyaux osseux de l'astragale, du calcaneum, du cuboïde et de deux cunéiformes. L'élargissement du premier espace inter-métatarsien donne au bord interne du pied l'attitude de métatarsus varus.

En résumé, il s'agit d'une *absence congénitale du péroné gauche associée à un pied-bot valgus équin et à une courbure antéro-postérieure du tibia*. Le membre inférieur tout entier est atrophié avec prédominance pour le segment jambier.

Dans les antécédents héréditaires de cet enfant, nous relevons : 1° une sœur âgée de six ans et opérée par nous dans son jeune âge de bifidité du pouce droit; 2° du côté de la mère : une fausse couche il y a quatre ans. Au sujet de la grossesse et de l'accouchement de notre sujet pas d'anomalie sauf une chute sur la région lombaire quinze jours avant l'accouchement et ce fait que la mère était moins grosse que pour sa première grossesse et perdit très peu d'eaux (oligamnios). La grossesse a été normale par ailleurs, pas d'albuminurie, pas de maladies intercurrentes ; accouchement à terme rapide par le sommet. La mère a toujours joui d'une parfaite santé ; on ne relève chez elle aucun signe de syphilis.

A un premier et rapide examen nous avions décidé de pratiquer la ténotomie du tendon d'Achylle pour parer à la difformité en équin et de faire porter ensuite un soulier orthopédique à semelles surélevées, rejettant toute intervention du côté du squelette (ostéotomie, arthrodèse tibio-astragalienne), d'abord à cause du jeune âge du sujet, puis du léger degré de courbure tibiale. Mais en examinant de plus près la fonction de ce petit membre atrophié, nous estimâmes que l'intérêt de l'enfant était qu'il gardât son pied en équin, suppléant ainsi par cette position vicieuse au raccourcissement très prononcé du membre. En effet, l'appui du pied sur le sol comme chez les opérés par amputation tibio-tarsienne ostéoplastique d'après le procédé de Wladimiroff-Mikulicz se fait sur la tête des métatarsiens, les orteils étant en extension forcée. Cet allongement naturel masqué par un soulier orthopédique bien conditionné, nous paraît supérieur aux méthodes opératoires d'allongement du tibia obtenues par l'ostéotomie oblique comme l'a proposé Lotheisen et cela pour les raisons suivantes : trop jeune âge du sujet, risque d'une pseudarthrose, impossibilité d'obtenir un bénéfice compensant les difficultés d'une telle intervention.

La meilleure thérapeutique, étant donné qu'à mesure que l'enfant grandit la déformation devient plus apparente, serait évidemment celle qui permettrait d'obtenir une hyperactivité des cartilages de conjugaison du tibia ; malheureusement à l'heure actuelle les essais thérapeutiques n'ont pas donné de résultats pratiques.

Pour toutes ces raisons nous ne croyons pas devoir intervenir chez ce jeune sujet tout au moins momentanément, et c'est là un exemple des infirmités orthopédiques qu'il faut savoir respecter. Plutôt que de réduire un des éléments de la difformité : l'équinisme, il vaut mieux tout en sauvegardant dans la mesure du possible l'esthétique du membre, utiliser cette disposition vicieuse en la masquant de façon à parer aux troubles fonctionnels les plus importants de la station debout et de la marche.

LE FOIE

Cure Thermale — Cure médicamenteuse

Par M. le Docteur CLERC

Médecin Consultant aux Eaux de Vichy

La thérapeutique des affections du foie se réduisait jusqu'au début de ce siècle à l'emploi de quelques remèdes, palliatifs bien plutôt que spécifiques. La ressource de choix était de recourir à la cure thermale. Depuis 1900, — les noms de Gilbert et de Carnot sont au départ de cette période, — l'expérimentation physiologique approfondie, élargie, l'investigation clinique éclairée par le choc d'idées plus subtiles et neuves sur les complexes fonctions hépatiques ; l'usage de produits opothérapiques, la découverte de préparations pharmacologiques efficaces, cet ensemble de conditions, apportant des données nouvelles au problème, met en cause l'équation impérative *Foie = Vichy*. Et il ne serait pas sans intérêt de déterminer le rapport :

Médication générale

Cure thermale

***

La saison d'eaux possède l'avantage d'adjuvants dont il faut tenir compte : les traitements externes, la soumission du baigneur à une discipline, à une surveillance médicale constante ; il est venu pour se soigner ; et il se repose.

Au principal, l'eau thermale possède à son émergence, bue au griffon, une qualité spéciale, qui s'évapore pour ainsi dire tôt après, ne persiste pas dans l'eau embouteillée : c'est d'être un liquide *vivant*, comme organique. La chimie ne le reconstitue pas dans ses produits de synthèse. Si le laboratoire n'a encore que très incomplètement déterminé le caractère essentiel hydrominéral, qui apparaît bien d'ordre physique, dynamique, biologique, la clinique du moins en a enregistré les effets avec une précision, une méthode scientifiques.

En ce qui touche le foie, cette assertion se justifie : l'eau de *la Grande-Grille, de Chomel, de l'H pital*, qu'on peut prendre comme types d'une action élective, atteignent la cellule hépatique, la modifient par un phénomène de nutrition. Les éléments glandulaires dont la vitalité persiste, soit-elle amoindrie par des troubles pathologiques, se rajeunissent, et ils prolifèrent. Les éléments mortifiés sont éliminés ; il y a desquamation des canalicules, des canaux. Les cellules éliminées sont remplacées par des formations nouvelles. Le foie fait « peau neuve ». Ce peut être en certains cas la « restitutio ad integrum ».

La médication opothérapique, pharmacologique, est-elle capable de procurer un résultat semblable, la guérison, partielle et suffisante ou complète ? Oui. Mais par un mode différent.

Prenons ici comme type la filudine, qui est un extrait hépatique total, avec association d'extraits spléniques, et de thio-cinnamate de caféine (thiarféine). Des observations suffisamment nombreuses et sûres mettent ce produit au premier rang, et son efficacité a fait ses preuves.

Son absorption fournit à l'organisme atteint d'insuffisance du foie tout ce que celui-ci devrait mais ne peut lui fournir, soit relativement, soit absolument. Du coup disparaissent les symptômes fonctionnels. Et l'organe qui luttait et travaillait, d'autant plus péniblement qu'il était plus atteint, diminue son effort. Soulagé par l'aide, le remplaçant pourrait-on dire, qu'on lui donne, il se repose. Et dans le repos, il se reconstitue. Le repos de l'organe malade n'est-il pas estimé en clinique comme une condition thérapeutique, indispensable parfois pour que la « Natura medicatrix » agisse, répare, reconstitue ? avec des résultats que la médication altérante, ici, ne donnerait aucunement. L'iodure de potassium, dans la cure du foie, a fait faillite. *Primum non nocere !* Une substance médicamenteuse, par contre, serait avantageuse si elle avait la propriété de placer la cellule hépatique dans un milieu de suractivité vitale, et stimulait l'action plasmatique. La *thiarféine* répond rationnellement à cette condition.

Dans le cas d'insuffisance hépatique complète (anhépatie), alors que dans la gangue fibreuse, sclérense qui l'enserre, l'élément glandulaire est raréfié au point de ne pouvoir, même si on le régénère, suffire aux besoins de l'organisme, il serait illusoire de s'adresser à l'action hydro-minérale. L'opothérapie, par contre, s'impose. Seule elle peut remédier, faire que le malade vive en bonne intelligence avec son mal, et que ses lésions au moins ne s'aggravent pas. On obtient le même succès par l'usage de la filudine que lorsque, à un estomac atteint de dilatation et de ptose, on donne le soutien d'une bonne sangle. C'est tout ce qui se peut, et c'est beaucoup.

Le tableau schématique des états du foie offre ce troisième aspect à considérer, l'hyperhépatie. Ici, la cure de Vichy reprend ses droits. Elle peut sur le moment occasionner une augmentation des phénomènes de suractivité fonctionnelle, mais une dépression y succède, puis le retour à la normale. L'hypercholie disparaît et l'ictère. Des glycosuries énormes tombent à 0°.

En pareil cas, l'opothérapie apparaît paradoxale. Paradoxalement, pourtant, s'indiquera-t-il de donner à un sujet dont le foie congestionné s'active à l'excès, de la filudine : aussi bien qu'à certains hyperthyroïdiens on prescrit des extraits thyroïdiens : un organe qui fonctionne trop fournit maintes fois des sucs glandulaires insuffisants en qualité.

Au total, la cure thermale et le traitement médicamenteux-opothérapique sont deux armes puissantes à la disposition du praticien. A lui de les utiliser l'une ou l'autre, ou l'une et l'autre suivant le cas nosologique, l'opportunité, la situation financière et les occupations du client, qui sont un obstacle souvent à une saison d'eaux.

Vichy, rapidement, en trois ou quatre semaines, avec, aussi, des réactions intenses qui nécessitent la surveillance du spécialiste hydrologue ; un spécifique tel que la filudine, d'une façon plus douce, nécessitant la prolongation patiente de la cure tout le temps voulu : deux voies par lesquelles le foie atteindra la guérison, luttera contre l'altération de ses fonctions biliaires (*ictère, lithiase, fermentations intestinales, constipation*), glycogéniques (*diabète*), uropoiétiques (*uricémie, diathèse urique*), adipopexiques (*obésité*), fibrogénitiques (*hémophilie, purpura*), antitoxiques (*arthritisme, artério-sclérose*).

L'opothérapie diminue-t-elle le nombre des candidats à la cure thermale ? La chose est certaine. Mais la reine des villes d'eau est grande dame assez pour tendre la main à une filudine, honnête concurrente.

***

La question de l'acide urique a été envisagée dans les lignes précédentes, en ce qui regarde l'avenir du malade. Son foie « remis à neuf » sera à même de parfaire les phénomènes de nutrition ; les combustions complètes donneront de l'urée.

Mais en entreprenant la cure d'un foie, le clinicien s'inquiète de le laver tout d'abord, et tont l'organisme en même temps, de l'acide urique et de ses dérivés qui y sont accumulés.

Obtenir cette élimination au préalable aurait ce premier avantage de diminuer d'autant les symptômes subjectifs chez l'auto-intoxiqué. Et dissoudre et faire filer par les reins ces substances, sans que le foie ait à les oxyder, à neutraliser ces poisons, ce serait le soulager d'un travail qui est souvent un surmenage.

La cure aux eaux de Vichy d'un hépato-arthritique, instruit à ce sujet à l'égal d'une expérience.

L'eau alcaline thermale, isotonique puisque minéralisée à 7 0/00, aux faibles doses de début qui sont tolérées, n'est pas diurétique, ni d'ailleurs purgative. Et ce sérum hydro-minéral va fouiller tout l'organisme, pour jeter dans la circulation les déchets qui y sont en dépôt : d'où phénomènes généraux d'auto-intoxication, réveillés ou augmentés ; hypertension de défense pour vaincre la résistance du rein qui, devant cette inondation irritante pour lui, ferme les vannes de son barrage. Tant que dure cette résistance, et que l'intestin n'offre son secours sous forme de débâcle bilieuse, le malade reste dans un état de malaise, qu'il accepte avec plus ou moins de philosophie en apprenant qu'il subit la « crise thermale ».

Ce n'est qu'un temps d'épreuve, puisqu'après la débâcle il sera purgé de ses « humeurs peccantes », de ses acide urique et urates. Mais cette phase en certains cas indispose assez le buveur d'eau et cause au spécialiste hydrologue des difficultés morales et pathologiques assez considérables pour que cette « crise thermale » mérite qu'on s'applique à la prévenir. Une cure de diurèse avant la cure du foie par les eaux chaudes y réussira.

Les sources froides de Vichy activent la sécrétion urinaire : leur emploi avant la Grande-Grille, Chomel ou l'Hôpital serait donc indiqué. La durée de la cure en augmentera nécessairement d'une ou plusieurs semaines.

Que si le client ne dispose pas de plus de trois semaines, et en tout état de cause, il est un moyen aisé de remédier à cette complication : que le sujet, avant de venir aux Eaux soigner sa glande hépatique, fasse chez lui le débarras de ses poisons organiques. Cette saignée blanche est convenablement obtenue par un diurétique, qui non seulement augmente le débit urinaire et l'excrétion, mais aille solubiliser sur place avant de les mobiliser, l'urique et les xantho-uriques. A cette double indication répondent exactement les propriétés de l'urodonal dont l'emploi sera des plus avantageux en pareille circonstance ainsi que toutes fois où il s'agira de drainer l'organisme des produits d'intoxication endogène et exogène.

Contre les maladies contagieuses

M. Millerand, ministre de la guerre, a adressé la lettre suivante à M. Vaillant, député de la Seine, au sujet des mesures prophylactiques à prendre contre les maladies contagieuses.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que des ordres ont été donnés aux armées pour qu'un examen médical sommaire de tous les prisonniers soit pratiqué le plus tôt possible après leur capture ; avant de les évacuer sur l'intérieur, on soumettra en outre, ces hommes à un nettoyage corporel complet et à l'épouillage ; leurs vêtements seront débarrassés des parasites qu'ils contiendraient.

Tout prisonnier dont l'état de santé paraîtrait suspect sera isolé en observation dans un hôpital de contagieux.

On nettoiera et si on désinfectera s'il y a lieu tous les cantonnements qui, après avoir été abandonnés par l'ennemi, seraient occupés par nos troupes.

Les Viols et la Télégonie

Par M. G. BARRIER
Membre de l'Académie de médecine.

Les heures tragiques que nous traversons ont mis les viols suivis de grossesse à l'ordre du jour. Acceptant comme démontrée l'hypothèse de la *télégonie* ou de l'*hérédité par influence*, des médecins distingués ont soutenu que les victimes de ces actes de bestialité étaient fondées à se libérer — par l'avortement ou l'accouchement provoqués — d'une sorte d'imprégnation qui frapperait leur hérédité d'une tare définitive.

On ne saurait trop combattre une telle opinion, car non seulement elle est infirmée par les données actuelles de la science, mais parce qu'elle ajoute encore aux tortures morales des malheureuses si odieusement souillées.

D'après la doctrine en cause, on sait que la *première fécondation* — non les autres — imprégnerait l'ensemble de la descendance des caractères du premier mari.

Tout de suite, on voit que la prétendue tare ne saurait s'appliquer aux femmes ayant déjà conçu, ce qui en restreint considérablement les conséquences sociales.

Examinons donc les objections que soulève cette manière de voir :

I. — Chez les mammifères — où la *parthénogénèse* accidentelle est inconnue — l'ovule libre non fécondé, le spermatozoïde éjaculé non utilisé sont presque aussitôt détruits. En sorte que si après le premier rapprochement sexuel la continence a été observée, on peut affirmer qu'il ne subsiste plus dans les voies génitales femelles aucune réserve spermatique provenant du premier mâle, ni de réserve ovulaire procédant de la première déhiscence ovarienne, quand survient la deuxième ponte ovulaire et que peut s'opérer la deuxième conception.

Il est donc impossible — dans de rigoureuses conditions expérimentales — de se méprendre sur la véritable paternité du produit.

II. — L'erreur est, au contraire, des plus faciles si ces conditions ne sont pas remplies, notamment quand il s'agit de *superfécondation*, c'est-à-dire de plusieurs ovules mis en liberté au cours de la période menstruelle ou des chaleurs (truie, chienne, chatte, lapine...) et fécondés par des pères différents. En cette occurrence, les produits peuvent participer des caractères de l'un ou de l'autre des pères ; toutefois, comme pour les frères utérins, leur ressemblance les rapproche davantage de leur mère.

Ce sont des cas de ce genre — fréquents chez la chienne et la chatte — qu'on a le plus souvent rapportés à la télégonie.

III. — A puissance héréditaire égale, l'ovule vaut le spermatozoïde dans la génération, chaque cellule du nouvel être contenant à égalité la matière chromatique mâle et femelle avec toutes ses propriétés. Vu de plus près, le rôle de la mère s'accuse même plus important, puisqu'elle offre le gîte à l'embryon et fournit les matériaux du premier développement, presque toujours directeur de la croissance ultérieure.

Or, la télégonie préjuge toujours la prépondérance du mâle, et celle du premier père, sans nous dire d'ailleurs pourquoi.

IV. — Lorsque les géniteurs sont de caractères mal confirmés et de races différentes, l'incertitude et les aléas de la transmission héréditaire sont poussés à l'extrême. C'est dans ces conditions que, par *atavisme*, réapparaissent fortuitement chez le produit des caractères ancestraux souvent très reculés.

Plus on remonte vers l'origine d'une race ou d'une famille, plus on trouve les racines de son arbre généalogique inextricablement mêlées à celle des races ou familles qui ont évolué côte à côte sous le même climat et sur le même sol.

Sous l'effet de mésalliances initiales sans cesse renouvelées, le meilleur raceur ne peut jamais complètement soustraire sa descendance à l'influence ancestrale. Nul n'est à même de supputer avec certitude ce que les deux sexes contiennent d'atavisme en puissance. Il n'est donc pas surprenant de voir parfois des caractères ataviques coïncider chez un produit avec certains traits du premier mari de sa mère. Et ces coïncidences frappent d'autant plus qu'on ne songe pas à l'atavisme ; que, même y penserait-on, on ne sait exactement quels aïeux tout à fait dissemblables, appartenant à la lignée du père ou de la mère, il peut rappeler.

V. — On a cherché aussi à expliquer la soi-disant imprégnation de la femelle, par l'*absorption d'une fraction non utilisée du sperme dans l'acte reproducteur*. Mais c'est supposer, contre l'évidence, une grande faculté d'absorption de la muqueuse vaginale pour les colloïdes et une rétention durable du sperme éjaculé.

Objection plus grave : cette absorption conduirait à penser qu'une albumine *non dégradée* et *non étrangère à l'espèce* (fluide séminal du premier mâle fécondant) serait capable de jouer chez la femelle, le rôle d'*antigène* et de provoquer la formation d'*anticorps* pouvant doter le milieu maternel d'une résistance spéciale et définitive contre l'action des autres mâles fécondants, ce qui va à l'encontre de nos connaissances sur les moyens de défense de l'organisme à l'égard de l'infection.

VI. — Cette dernière objection s'applique avec autant de force à l'hypothèse, d'ailleurs tout aussi invérifiée, de l'*imprégnation de la mère par le fœtus*, dont quelques médecins font état pour légitimer l'interruption hâtive de la grossesse.

Si l'on peut accepter que chaque grossesse entraîne une légère modification humorale de la mère, du fait de la présence chez le fœtus de la chromatine paternelle, on est bien obligé d'admettre aussi que l'apport fœtal, composé d'albumines non étrangères, est impuissant à conférer une résistance spéciale aux humeurs de la mère, et qu'il ne peut rien en subsister après l'accouchement en raison de l'usure et du renouvellement incessants du milieu maternel. D'où cette conclusion que les grossesses suivantes trouveront ce milieu libéré de toute imprégnation première et qu'elles l'influenceront au même titre que la grossesse initiale.

VII. — Chaque fois qu'on a voulu soumettre la télégonie au contrôle de l'*expérimentation*, jamais il n'a été possible de la provoquer. Et pourtant, nombreuses ont été les tentatives chez le cheval, le bœuf, le mouton, le porc et le chien.

Chez les animaux domestiques, faciles à isoler pendant la période des chaleurs et qui restent continents dans les intervalles de celles-ci — les observations sont naturellement plus nettes, moins sujettes à caution, que dans l'espèce humaine. Ici, d'ailleurs, le mélange des races favorise, autant que chez le chien et le chat, la réapparition de caractères ataviques qu'on peut prendre par erreur pour des faits de télégonie. A l'égard de ces dernières espèces, il convient donc de ne pas perdre de vue les difficultés parfois

inextricables des enquêtes et de s'entourer de précautions rigoureuses avant de conclure.

VIII. — Du reste, les *zootechniciens* se détachent de plus en plus et les éleveurs se préoccupent de moins en moins de la télégonie. Les rares croyants qu'elle retient encore la considèrent d'ailleurs comme tout à fait *exceptionnelle*. En matière d'élevage, où l'on ne table que sur des probabilités, il est donc permis de ne s'en point préoccuper.

Est-il besoin de souligner que cet aveu devance une prochaine condamnation ? Loin d'apparaître comme l'exception, la télégonie ne devrait-elle pas, au contraire, se montrer des plus communes ?

IX. — De cet examen critique résulte, me semble-t-il, que l'hypothèse télégonique est en contradiction avec ce que nous connaissons aujourd'hui des phénomènes intimes de la fécondation, de l'hérédité de l'infection et de l'immunité ; — qu'elle n'a pu être confirmée par l'expérimentation ; — enfin que les faits qu'on y rattache et qui ne relèvent pas de la superfécondation ou de l'atavisme sont incomplètement recueillis ou privés de bases irréfutables.

X. — *Quand deux hérédités se mêlent*, on doit admettre *qu'elles s'impriment l'une et l'autre* — quoique à un degré différent — *dans la descendance*, mais *sans influencer les géniteurs*.

Le mâle, après l'accouplement, la femelle, après l'accouchement, redeviennent libres comme auparavant. La première grossesse, ni plus ni moins que les suivantes, n'engage que le présent de la mère et réserve intégralement l'avenir de sa propre hérédité.

Je tenais à apporter cette *conclusion* rassurante et consolante à de malheureuses victimes qu'on donne à tort comme déshonorées, et frappées d'un indélébile stigmate héréditaire. On ne saurait, au contraire, éprouver que commisération et respect pour ces douloureuses blessées de la guerre. Le déshonneur existe-t-il où la violence a passé ?

Mais il me fallait bien dire aussi que l'intervention du médecin, en vue de mettre fin à l'esclavage et aux angoisses d'une grossesse abhorrée, ne peut se légitimer par des raisons d'ordre scientifique ; elle ne se réfère qu'à des considérations d'ordre sentimental et social, infiniment respectables, qui relèvent du moraliste et du législateur, mais que les hommes de science n'ont point à juger.

Quatre cents corps étrangers à l'autopsie

La variété des corps étrangers que certains maniaques sont capables d'introduire dans leur estomac est inépuisable. Tous les traités d'aliénation mentale renferment des catalogues plus ou moins étranges, quant à leur composition, de ces singuliers musées, portatifs, ouverts seulement au chirurgien,... ou à l'anatomiste.

Pourtant le record vient probablement d'être battu par un malade hollandais, dont le docteur Fakke Meursing rapporte l'histoire.

Admis à l'hôpital pour une gêne de la déglutition remontant déjà à quinze jours, il nia jusqu'à sa mort (causée par une broncho-pneumonie) avoir avalé aucun corps étranger. On supposa l'existence d'un rétrécissement syphilitique. Or, son autopsie amena des constatations stupéfiantes.

Dans la paroi de l'œsophage était encastré un fragment de bouton de porte ouvragé, en bois de buis, de la grosseur approximative d'une noix. L'estomac dont la surface interne présentait des cicatrices d'ulcérations, renfermait les objets les plus divers en cuivre, fer, plomb, zinc, verre, pierre, liège, ébonite ou faïence. Au nombre de ces objets figuraient des clous, des fragments de chaîne, des morceaux de clefs ou de serrures, un petit canif, deux tire-bouchons, de nombreux anneaux, un bouchon de bouteille à soda-water, des boutons de manchettes, une cartouche avec sa balle, etc. Le nombre de ces pièces atteignait quatre cents et leur poids total était de 750 grammes.

CE QUE DISENT NOS MAITRES

L'Hérédité Calculeuse

Dans l'*Encyclopédie d'Urologie* (1), le Dr A. Pousson, Professeur à la Faculté de Bordeaux, et le Dr Jacques Carles, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, médecin des Hôpitaux, établissent nettement l'hérédité calculeuse :

« Ce que nous venons de voir touchant l'influence de la constitution et du tempérament sur le développement de l'affection calculeuse ne permet pas de révoquer en doute sa transmission héréditaire. Mais empressons-nous de faire remarquer avec Bouchard qu' « il faut entendre non pas « l'hérédité de la maladie, mais l'hérédité « de la disposition morbide ». Cependant assez souvent encore l'affection se transmet des ascendants aux descendants. Civiale rapporte à l'appui de cette opinion un certain nombre d'exemples. Le Roy d'Etiolles, Dehout d'Estrées, tous les médecins des stations où se rendent les calculeux reconnaissent d'une manière formelle l'hérédité de l'urolithiase. Le Roy d'Etiolles, entre autres exemples, rapporte le cas d'un malade de Turin, qui était affecté de la pierre et avait sept frères souffrant de la même affection, bien qu'ils habitassent différents points de l'Europe. Keyes a observé une famille dans laquelle les membres de trois générations, tous vivants, avaient la plus grande tendance à la gravelle urique, et cette tendance s'observait aussi bien chez un baby de trois ans que chez le grand-père de soixante-dix ans. Le plus remarquable exemple de l'hérédité de l'affection calculeuse a sans doute été rapporté par Cluhhe. Six enfants d'une même famille avaient la pierre ; le père et la mère rendaient de grandes quantités d'acide urique, le grand-père, la grand'mère, six oncles, quatre tantes et un cousin avaient été atteints de gravelle et parmi eux quelques-uns avaient été taillés pour calculs. Thompson écrit : « Nous disons du cancer et spé« cialement de la tuberculose qu'ils se trans« mettent avec le sang d'une génération « à l'autre. Eh bien, je doute fort que l'héré« dité de ces deux diathèses soit aussi fatale « que la prédisposition des dépôts d'acide « urique sous une forme ou sous une autre. »

« Il n'est aucun médecin qui n'ait été à même de constater dans sa clientèle l'hérédité de l'affection calculeuse. Il s'agit, bien entendu, de la lithiase urique. Mais la lithiase oxalique est également héréditaire. Il en est de même des concrétions de cystine. Marcet a observé trois frères atteints de cette variété de calculs, et Lenoir, d'après Le Roy d'Etiolles, aurait opéré deux frères qui en étaient porteurs. En ce qui concerne les concrétions de cystine, il semble que le rôle de l'hérédité soit prépondérant, car dans la plupart des cas on trouve cette variété de lithiase chez les ascendants ou les collatéraux. Civiale l'a rencontrée chez deux malades nés de mêmes parents ; Toel (de Brême), chez la mère et les deux filles ; Marcet, chez trois frères ; Lenoir, chez deux ».

***

C'est un fait bien acquis et qui prouve la nécessité pour tout médecin au courant des récentes acquisitions de la science, de prescrire — dès son plus jeune âge — à tout enfant d'arthritique, de calculeux, d'obèse et de migraineux des cures répétées d'Urodonal, le seul agent qui modifie le terrain en activant la nutrition, le seul médicament capable d'enrayer la diathèse en germe chez l'enfant.

(1) *Encyclopédie Française d'Urologie* (Tome II).

La rééducation professionnelle et la réadaptation au travail des estropiés et des mutilés de la guerre

Par M. le Docteur Mosny

Médecin de l'hôpital St-Antoine, membre de l'Académie de Médecine

C'est le Dr Borne qui, le premier, proclama l'urgence d'organiser la réadaptation au travail des estropiés et des mutilés de la guerre par leur rééducation professionnelle. C'est à M. Herriot, maire de Lyon, que l'on doit la création de la première école de rééducation professionnelle de ces blessés : cette école, actuellement en plein fonctionnement, a obtenu le plus grand et le plus légitime succès.

Grâce aux études du Dr Borne et à l'application pratique de M. Herriot, nous pouvons aujourd'hui poser les règles générales de l'organisation et du fonctionnement des Ecoles de rééducation professionnelle des estropiés et des mutilés de la guerre.

Lorsque le blessé a franchi successivement les étapes opératoire et post-opératoire (physiothérapie) de la phase médico-chirurgicale qui est du domaine exclusif du service de santé militaire, lorsqu'il peut être considéré comme *consolidé*, au sens de la loi de 1898, et qu'il demeure atteint d'une invalidité permanente et partielle, la patrie ne doit pas se considérer comme libérée à son égard, par la liquidation de la pension qu'elle lui doit.

Il faut encore lui faciliter la reprise du travail et le placer s'il peut reprendre son ancien métier ou, s'il ne le peut pas, lui en apprendre un autre.

Cette rééducation professionnelle des estropiés et des mutilés de la guerre est essentiellement une œuvre sociale d'assistance qui incombe aux services publics d'assistance de l'Etat ou des Communes, ou aux œuvres d'assistance privées.

Elle doit être entreprise aussitôt après la consolidation de la blessure. Mais il ne faut soumettre à l'épreuve longue de l'apprentissage que les estropiés et les mutilés qui en sont physiquement et intellectuellement capables, et qui s'en montrent moralement désireux.

Ce n'est pas chez des patrons grands ou petits, dans des ateliers privés qu'il faut entreprendre ce réapprentissage, mais dans des *écoles-ateliers* spécialement créés à cet effet, et placés sous la direction simultanée de médecins et de techniciens seuls capables, dans une étroite collaboration, de guider les blessés dans le choix et dans l'apprentissage d'un métier approprié à leurs aptitudes physiques, à leurs capacités et à leur goût.

Ces écoles-ateliers seraient créés dans les diverses régions militaires, au voisinage des grands centres d'hospitalisation des blessés, ou des dépôts de convalescents qui les alimenteraient, et où chaque blessé pourrait apprendre, dans sa région d'origine, un métier plus conforme à ses habitudes et à ses goûts.

Les meilleurs maîtres, en chaque art, feraient de leurs élèves des ouvriers modèles dans les métiers choisis parmi les plus rémunérateurs et les plus faciles.

Une fois rééduqués, les élèves seraient placés par les soins de l'œuvre publique ou privée qui aurait assuré leur rééducation professionnelle. Une caisse de prêt alimentée par la bienfaisance privée pourrait être instituée dans le but de faciliter l'établissement de ceux qui pourraient aspirer à devenir patrons.

Il ne s'agit pas là d'une expérience à tenter, mais d'un exemple à suivre : le succès de l'Ecole de Lyon nous est le plus sûr garant des services que rendraient des œuvres similaires et des succès qu'elles remporteraient.

Constipation et Appendice

Tout dernièrement, à la Société de Biologie, M. E. Savini, qui poursuit depuis un certain temps déjà d'intéressantes recherches sur les rapports de l'organothérapie appendiculaire avec la constipation, mentionnait en particulier que « chez les malades souffrant de stase cœcale et de crises douloureuses très pénibles survenues à la suite de l'appendicectomie pour appendicite aiguë ou chronique » l'organothérapie appendiculaire donne le plus souvent d'excellents résultats.

La constatation faite par M. Savini, constatation dont l'effet est de démontrer l'utilité physiologique de l'appendice, est des plus intéressantes et son interprétation semble aujourd'hui aisée.

Des recherches antérieures poursuivies par le même auteur ont fait connaître que l'hormone appendiculaire, qui présente une thermostabilité remarquable et qui paraît devoir être secrétée par des cellules spéciales, possède encore une action excitante des contractions du gros intestin tout à fait comparable à celle de la sécrétine duodénale sur le péristaltisme de l'intestin grêle.

En de nombreux cas, la constipation est donc la conséquence d'une insuffisance fonctionnelle tant de l'appendice que des glandes duodénales. Et ceci nous explique à merveille comment le Jubol se trouve être un merveilleux rééducateur de l'intestin.

Constitué par de l'agar-agar, des extraits biliaires et des extraits de *toutes les glandes intestinales*, le Jubol, de par sa composition, renferme donc tous les éléments physiologiques susceptibles de réagir sur les diverses portions du tube intestinal pour en réveiller le fonctionnement en cas d'insuffisance.

M. E. Savini, dans sa communication dernière à la Société de Biologie, le constate très judicieusement. N'écrit-il point, en effet, à propos de l'administration de poudre sèche d'appendice :

« D'habitude, l'administration d'une seule dose a une tendance manifeste à régler les selles les jours suivants sans avoir besoin d'être renouvelée, mais ce résultat va toujours en diminuant et le médicament doit être repris pour obtenir l'effet désiré. Ce fait montre qu'il est possible de faire la rééducation motrice du gros intestin à l'aide de ce moyen thérapeutique. Une fois la coprostase vaincue, tous les symptômes qui en dépendent s'atténuent et disparaissent. »

Le Jubol, qui renferme le produit de la sécrétion des glandes de l'appendice, comme celui de la sécrétion des glandes duodénales et de toutes les autres glandes intestinales ne peut donc faire autrement que de posséder les qualités particulières à ces diverses sécrétions.

C'est donc très réellement qu'il constitue contre la constipation un remède des plus actifs, un remède essentiellement physiologique, efficace dans tous les cas et tout à fait propre à réveiller au bout d'un temps convenable le rétablissement parfait de la fonction, justement parce qu'il supplée efficacement aux insuffisances glandulaires qui en avaient amené le ralentissement.

REVUE CLINIQUE

Statistique clinique portant sur 41 cas de sténose mésogastrique d'origine ulcéreuse

Par M. le Docteur A. MATHIEU
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

Grâce à la radioscopie et à l'exploration chirurgicale, la sténose mésogastrique entraînant la biloculation passagère ou permanente de l'estomac s'est montrée beaucoup plus fréquente qu'on ne le supposait autrefois d'après les données anatomo-pathologiques.

Depuis environ 6 ans, j'ai eu l'occasion d'observer 41 cas de biloculation gastrique d'origine ulcéreuse.

La réalité de la sténose a été attestée dans 3 de ces cas par l'autopsie seule et dans 15 cas par l'exploration chirurgicale pratiquée par MM. Ricard, Lejars, Labbey, Pierre Duval et Quénu.

Dans 33 cas, le diagnostic de la biloculation avait été fait à l'examen radioscopique par mon collègue Béclère ou par ses assistants MM. Jaugeas et Henri Béclère.

Dans 11 de ces cas, il s'agissait seulement d'un spasme mésogastrique d'origine ulcéreuse ainsi que l'a démontré dans 3 cas l'exploration chirurgicale, et, dans les 8 autres, la disparition de l'image biloculaire, soit spontanément, soit après l'emploi de l'atropine ou de la belladone.

Dans la totalité des cas directement examinés, il y avait des lésions ulcéreuses ou post-ulcéreuses, soit de la petite courbure, soit de son voisinage immédiat, et, dans les cas non directement examinés, l'histoire clinique de la maladie, la localisation de la douleur à l'écran, et parfois la présence d'une image diverticulaire, indice d'une perte de substance, rendaient presque certaine l'existence d'une perte de substance par ulcus. Il suffit de mentionner ici les lésions connues de l'estomac en cas semblable : ulcération plus ou moins profonde à bords plus ou moins indurés, rétractions cicatricielles, adhérences aux organes voisins. Il est plus intéressant d'insister sur quelques données statistiques susceptibles de faire mieux saisir la marche de la maladie et la modalité habituelle de son évolution clinique.

Le début de l'ulcus dans 10 cas remontait à plus de 20 ans, dans 5 cas à 15 ou 20 ans, dans 11 cas à 5 à 15 ans, et, dans 9 cas seulement à moins de 5 ans ; donc, évolution lente et prolongée. On relève du reste ici, comme pour l'ulcus juxtapylorique, des alternatives d'activité et de repos. Des crises douloureuses, avec ou sans vomissements, avec ou sans signes de gastrorragie, se produisent à des intervalles plus ou moins éloignés, espacés assez souvent de plusieurs années. Il n'est pas très rare que la maladie ait commencé dans la jeunesse, à l'âge de 20 ou de 25 ans, et que le diagnostic de la biloculation soit établi seulement à 40 ou 45 ans, 20 ou 25 ans plus tard, par conséquent.

Il est, du reste, difficile d'admettre que l'ulcération initiale ait persisté pendant les longues périodes de latence ; il est, au contraire, beaucoup plus probable que des lésions ulcéreuses se sont succédé et ont guéri, sauf la dernière qui a pu devenir permanente.

Il est intéressant de constater que la biloculation d'origine ulcéreuse paraît beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes : sur nos 41 malades, il y avait 31 femmes. Et cela n'est pas dû à la fréquence plus grande de l'ulcus chez la femme, puisque, dans une statistique personnelle qui porte sur près d'un millier de cas, nous avons relevé deux fois plus souvent l'ulcus chez la femme que chez l'homme. La proportion, chose curieuse, reste la même pour le cancer de l'estomac.

Quelle est la raison de cette prédisposition particulière du sexe féminin ? Est-ce l'allongement si fréquent de l'estomac chez la femme avec tendance à l'étirement de sa partie moyenne, disposition que l'usage du corset et des vêtements serrés à la taille peut contribuer à entretenir et à maintenir ? Y a-t-il chez la femme aptitude plus grande à la contracture spasmodique ? On comprend que, suivant un mécanisme déjà invoqué par les auteurs, cette contracture rendrait plus facile l'établissement de la sténose et de la biloculation. La sclérose cicatricielle ou inflammatoire ne ferait que fixer d'une façon définitive le rétrécissement amené par le spasme.

On doit admettre que le spasme se surajoute le plus souvent à la lésion matérielle puisque le rétrécissement constaté par l'examen direct est très souvent moins marqué, moins accentué que ne l'indiquait l'image radioscopique.

Dans 19 cas sur 38, on a noté dans nos observations la prédominance de la douleur provoquée ou spontanée à gauche de la région épigastrique et ses irradiations à gauche encore, le plus souvent en haut vers le thorax et l'épaule, plus rarement en bas vers la région du flanc et de la fosse iliaque.

Comme, il y a quelques années, on ne recherchait pas avec une régularité suffisante, dans mon service, la localisation et l'irradiation à gauche de la douleur dans des cas semblables, il est possible que cette localisation soit plus fréquente encore que ne l'indiquent les chiffres précédents. Dans 6 cas, il y avait soit une rénitence cylindrique, soit une véritable tumeur allongée presque verticalement à gauche de la ligne médiane de l'épigastre, tumeur correspondant à la lésion mésogastrique ainsi que l'ont montré l'examen radioscopique ou chirurgical.

La localisation de la douleur spontanée ou provoquée vers la gauche de la région épigastrique n'appartient pas en propre à la sténose ulcéreuse mais à la localisation des lésions ulcéreuses à la petite courbure. La sténose et la biloculation ne sont, en effet, le plus souvent, qu'un accident tardif de l'évolution de l'ulcus de la petite courbure.

Nos observations nous permettent de tracer, pour les cas les plus typiques, l'esquisse schématique suivante de la séméiologie et de l'évolution clinique de la sténose mésogastrique d'origine ulcéreuse.

Le plus souvent, il s'agit d'une femme de 40 à 45 ans qui souffre de l'estomac depuis sa jeunesse et même depuis son adolescence. Des crises douloureuses souvent violentes, durant des semaines, se sont produites, plus ou moins espacées, à des mois et quelquefois à de longues années d'intervalle. Elles ont eu tendance à devenir de plus en plus fréquentes, de plus en plus violentes. Parfois, ce sont enfin de longues périodes d'état de mal. Il y a assez souvent des hématémèses ou des méloena, révélateurs d'une hémorragie stomacale et d'une lésion ulcéreuse. Des malades indiquent souvent la prédominance de la douleur épigastrique à gauche et son irradiation vers le thorax ou vers l'épaule du même côté. A la palpation on provoque de la douleur parfois limitée à gauche de la ligne médiane, au niveau du ventre supérieur du grand droit gauche. Parfois, il n'y a pas de limitation étroite de la douleur à la pression à cette place, mais prolongation de la douleur épigastrique.

Tels sont les signes principaux de présomption de l'existence d'un ulcus de la petite courbure de l'estomac. En présence d'une histoire clinique semblable, on peut s'attendre à constater à l'examen radioscopique une sténose mésogastrique qui sera quelquefois encore à sa phase première, spasmodique, mais qui, souvent aussi, sera matérielle et définitive.

La stase avec rétention, clapotage à jeun et

contractions péristaltiques ne s'observent que lorsque la poche supérieure est suffisamment développée et le rétrécissement sous-jacent suffisamment serré. C'est un signe relativement rare.

Dans tous ces cas, l'examen radioscopique permettra d'affirmer facilement le diagnostic de la biloculation. La seule difficulté sera d'établir dans quelle mesure le spasme intervient dans la production de la sténose et aussi s'il existe en même temps, ce qui est possible, un certain degré de sténose pylorique.

REVUE DE PATHOLOGIE

L'Infection tétragénique

A l'Hôtel-Dieu militarisé de Beauvais, MM. F. Trémolières et P. Loew ont observé, en moins de deux mois, 25 cas *d'infection tétragénique*, dont on n'avait publié jusqu'ici que des cas isolés. Cette infection est donc fréquente, du moins en cette saison et parmi les troupes en campagne. Elle paraît affecter une allure épidémique.

Dans *sa forme légère*, elle est d'ordinaire confondue avec la grippe. Dans sa *forme grave*, elle simule les fièvres typhoïde et paratyphoïdes, dont elle a pu fausser les statistiques.

Une troisième forme, *forme pleuro pulmonaire*, est caractérisée par l'adjonction aux signes de septicémie grave de symptômes d'inflammation aiguë des plèvres ou des poumons (pleurésies séro-fibrineuses ou purulentes, le plus souvent enkystées, pneumonies d'allure bâtardes). La reprise de la fièvre après une courte défervescence, les transpirations abondantes, l'anémie consécutive sont assez caractéristiques.

La durée de l'infection peut être assez longue, du fait des reprises de la fièvre, mais son pronostic est d'ordinaire bénin.

Si son allure clinique permet de la soupçonner, le diagnostic de la septicémie tétragénique ne peut être assuré que par l'hémoculture, ou, quand celle-ci ne peut être pratiquée, que par la séroréaction, dont les auteurs ont fait des essais concluants.

Le traitement de l'infection tétragénique ne diffère pas du traitement des infections en général : balnéothérapie, adrénaline, injections intraveineuses d'argent colloïdal, enveloppements froids sinapisés du thorax dans le cas de complications pulmonaires, etc.

REVUE DE CHIRURGIE

L'embaumement des plaies septiques dans les grands délabrements des membres, blessures par balle ou schrapnell, éclats d'obus.

Par M. le Docteur Louis MENCIÈRE (de Reims)
Chirurgien de la clinique de chirurgie orthopédique,
Médecin-major, chirurgien de l'hôpital de la Compassion,
Chirurgien consultant du Centre de Compiègne

Plusieurs mois de guerre passés comme opérateur dans nos hôpitaux de l'avant et de l'arrière, vingt ans de chirurgie consacrés pour la plupart à la chirurgie osseuse et articulaire, me permettent de donner un avis motivé sur façon la d'envisager le traitement des grands délabrements des membres.

Si la chose était possible, mais je reconnais qu'elle ne l'est guère sur le champ de bataille, la conservation des membres dans les grands délabrements tiendrait uniquement au premier nettoyage de la plaie et au premier pansement.

Je ne me souviens jamais sans une certaine émotion de ce brave ami, directeur d'école à Reims, recevant, en chasse, deux coups de feu dans le pied à bout portant. Tous les os broyés, pied déchiqueté ne tenant que par un lambeau cutané interne, nerfs et vaisseaux respectés : nettoyage immédiat de la plaie avec l'alcool à brûler que je trouve dans une ferme.

Le soir, le malade est transporté à ma clinique ; nettoyage définitif des débris de chaussure, de bourre de fusil, suture de tendons et en partie des tissus.

Conservation du pied, avec sa forme et tous ses mouvements.

Conservation uniquement due au pansement immédiat avec un procédé de fortune au niveau d'un membre littéralement broyé ; nettoyage et intervention complémentaires le soir même dans un milieu spécial, avec toute latitude pour bien faire.

Ces conditions sont-elles possibles sur le champ de bataille ? Non, absolument non ! — L'encombrement, le manque d'aide, de facilité de toutes sortes, la nécessité d'évacuer rapidement, font que nos blessés arrivent à l'ambulance ou à l'hôpital de l'avant dans des conditions différentes de celles que je viens de rappeler.

Prenons donc les choses telles qu'elles se présentent en ce moment et à l'avant, car il y a une chirurgie de l'avant et une chirurgie de l'arrière. Si on veut plus tard, quand la discussion sera ouverte, gagner du temps et ne pas se noyer dans des considérations fastidieuses et inutiles, je conseille à ceux qui auront opéré à l'arrière de ne parler que de ce qu'ils auront vu. — Tout le monde y gagnera.

Nous parlons donc de la chirurgie de l'avant. Il y a d'abord une question de saison ; les plaies d'hiver ne sont pas absolument celles d'été. C'est ainsi que le vibrion septique est capricieux ; il lui faut des conditions climatériques favorables pour se développer. Quand la terre est refroidie, sa virulence s'atténue, il se développe moins facilement. C'est ainsi que, dans l'hôpital où j'opère, la gangrène gazeuse véritablement effrayante de fréquence et de rapidité au début de la campagne est à peu près disparue par le temps d'hiver.

Mais, quand la gangrène gazeuse se présente, je n'hésite pas à dire : pour peu que l'envahissement se dessine, pour peu que vous sentiez que vos moyens antiseptiques, eau oxygénée comprise, deviennent impuissants, amputez, amputez sans hésitation ; c'est le seul remède pour sauver une existence. Choisissez la hauteur où vous amputerez ; mais ne mutilez pas outre mesure ; même en tissu encore marbré, à une rectification de moignon près, cela réussit.

Embaumez votre moignon, comme il sera dit plus bas, pour prévenir non pas la gangrène, je crois que cela a peu d'action sur elle, mais la septicémie banale, qui guette votre moignon et amène sa fonte.

Dans d'autres cas, où il ne s'agit pas de gangrène gazeuse, mais de septicémie mal définie, suraiguë, si après embaumement l'état général reste mauvais, si le teint est terreux, le pouls petit et rapide, la respiration, la respiration surtout, fréquente et difficile, la température élevée, si, en un mot, le blessé intoxiqué menace de mourir par septicémie, amputez encore !

Remarquez que je donne ce conseil, bien que par profession je sois habitué à prêcher la conservation à outrance dans les circonstances habituelles de la chirurgie, même quand il s'agit de grands délabrements des membres.

Ces restrictions faites, il ne s'ensuit pas que la chirurgie conservatrice doive être, comme chez nos adversaires, considérée comme une utopie. Il ne s'ensuit pas non plus, comme on a paru le considérer chez nous au début, qu'elle soit chose facile et de pratique simple et régulière.

J'ai passé vingt ans à voir des plaies de membres de toute nature et de toutes origines ; jamais je n'ai vu les plaies évoluer comme le font celles que je rencontre chez des sujets surmenés et vivant dans les conditions actuelles. J'estime qu'il ne suffit pas de quelques lavages et de quelques pansements aseptiques ou antiseptiques, parfois suffisants en d'autres circonstances, pour obtenir la conservation d'un membre.

Un premier point est d'abord acquis. Il faut de toute nécessité que l'asepsie cède la place à l'antisepsie, à l'antisepsie à outrance.

C'est le cas de rendre hommage à l'immortel LISTER et à notre grand CHAMPIONNIÈRE. Je me souviens encore de ce qu'il me disait, il y a environ un an, au Congrès de Londres : « En 1870, j'ai pris soin de placer dans une voiture d'ambulance un petit baril d'acide phénique. J'ai revu le baril après la campagne ; il était intact. »

Il n'en est plus heureusement ainsi ; et nous savons tous que les chirurgiens habitués à opérer des ventres abandonnent actuellement leurs préférences, nées de la nécessité où ils se trouvent habituellement, car le péritoine n'aime pas les antiseptiques, pour revenir à l'antisepsie quand il s'agit de chirurgie des membres.

La chirurgie osseuse, articulaire, musculaire même et tendineuse, n'est pas possible sans antisepsie. Que de greffes tendineuses, que d'arthrotomies ou de résections inutilement pratiquées, parce qu'on se contente d'être propre, là où il faut être antiseptique.

J'ai passé un mois dans un hôpital de l'arrière où, pour des motifs que je n'ai pas à envisager actuellement, l'antisepsie était à peu près impossible : Hôpital en formation, opérateurs peu partisans de la chose, difficulté d'approvisionnement, asepsie presque uniquement employée dans les opérations et les pansements, emploi seulement de quelques lavages au permanganate : résultats déplorables, navrants, bouleversant tous mes souvenirs et tout ce que je pouvais savoir et avoir vu de cette chirurgie des membres !

Appelé à la tête d'un centre chirurgical dans une formation où je dispose de moyens antiseptiques puissants, je retrouve la chirurgie conservatrice à laquelle je suis habitué. Hormis les cas de gangrène gazeuse et de septicémies suraiguës, je puis, comme en temps de paix, conserver un membre broyé, un coude, un humérus éclatés au milieu d'une plaie anfractueuse et septique, une fracture de cuisse compliquée d'esquilles et de plaies septiques.

En un mot, sans vouloir conserver toujours, je puis conserver souvent, presque toujours. C'est, il me semble, dans les circonstances actuelles, quelque chose d'appréciable, que chacun peut obtenir, s'il le veut, s'il y croit.

L'Antisepsie domine donc toute cette chirurgie de guerre. Je ne crois pas qu'elle puisse être appliquée sur le champ de bataille. Plus tard, quand la discussion viendra, je demanderai beaucoup d'automobiles, beaucoup de moyens de transport : non pas, pour transporter le blessé très loin à l'intérieur où nécessairement il ne peut qu'arriver dans un état misérable, mais pour le transporter tout près de l'avant à 30, 40 kilomètres. Là, dans des formations bien établies, on peut faire comme ici de bonne besogne.

Le blessé arrive donc avec une plaie anfractueuse, avec des esquilles osseuses, avec une plaie septique. Intervention économique, atypique ; ablation des esquilles isolées, des arêtes osseuses pouvant blesser les vaisseaux ; nettoyage de la plaie, surtout incisions multiples au bon endroit : drainage de la plaie, lavages successifs par les trois antiseptiques : sublimé au 1/000, eau phéniquée forte à 25/000, eau oxygénée au 1/3.

Pourquoi lavage par les trois antiseptiques ? Parce que tous les germes, spores, microbes anaérobies, aérobies, ne sont pas également sensibles au sublimé, au phénol, à l'eau oxygénée. Or, la plaie possède toute la collection des indésirables; il faut lui donner ce dont elle a besoin pour chacun. Chaque antiseptique s'adresse plus particulièrement à une variété microbienne.

Donc lavage de la plaie successivement par les trois antiseptiques ; ceci c'est le pansement antiseptique extemporané, qui agit par antisepsie et par un moyen mécanique, en chassant le pus et les débris de toute sorte.

Reste le pansement permanent. Il tient dans notre pratique une place à part, parce que je n'hésite pas à certifier qu'il change l'aspect des plaies, leur évolution, et qu'il est ce que j'ai pu obtenir de mieux pour la méthode conservatrice, après avoir tout essayé.

L'iodoforme, cher aux anciens, associé au gaïacol, à l'eucalyptol et au baume du Pérou, permet un embaumement qui change l'évolution des plaies parfois les plus septiques et donne des résultats inespérés.

La pourriture d'hôpital, les plaies atones, sanieuses, disparaissent pour faire place à une plaie rouge carmin, à des bourgeons charnus, vivaces, à une plaie non septique s'accompagnant d'une cicatrisation qui, parfois, m'a paru extrêmement rapide. Tel le cas de ce tirailleur, présentant une plaie du mollet, hideuse, infectée, tous les muscles pendant comme détachés à la berse. Je montre ce blessé à une inspection dans l'état décrit ; je le remontre vingt jours après, avec un mollet de forme normale et presque entièrement cicatrisé. Tel ce jeune zouave chez qui je conserve un avant-bras déchiqueté, alors que l'amputation paraissait seule possible. Tel cet autre zouave, qui m'arrive avec une plaie anfractueuse de l'épaule, broiement des os, plaie profonde par shrapnell, se drainant mal, et cependant changeant rapidement d'aspect, se couvrant de bourgeons rouges carmin vivaces. Malade que je puis évacuer rapidement.

Ces plaies, dans mon autre formation, celle où l'antisepsie se faisait mal ou pas, ces plaies ne guérissaient pas ; et, après opération, elles continuaient à ne pas guérir. Voilà, en dehors de mon expérience personnelle, acquise à ma Clinique de Chirurgie orthopédique de Reims, voilà ce que m'ont appris ces derniers mois de guerre et ce que j'ai le devoir de dire aux autres.

Pratiquez de la façon suivante :

Lavages successifs de la plaie par les trois antiseptiques, après opération atypique souvent nécessaire.

Embaumement de la plaie (pansement permanent) avec des mèches de gaz imbibées de la solution, dont vous trouverez plus bas la formule.

Pendant trois ou quatre jours, lavez encore avec les trois antiseptiques ; puis ménagez la susceptibilité des cellules : ne lavez plus qu'à l'eau oxygénée au 1/3 ou au 1/4 et embaumez (1).

Répétez le pansement chaque jour. Erreur de conseiller de ne pas renouveler les pansements. Une plaie qui se comble nécessite un appel de phagocytes intense, une irruption de globules blancs, qui viennent encombrer la plaie et fournir un liquide qu'il est toujours bon d'évacuer pour éviter la résorption.

C'est d'ailleurs pour cela qu'il ne faut pas fermer vos plaies, mais les drainer fortement avec des drains de verre, si plus heureux que moi, vous pouvez encore vous en procurer.

L'embaumement des plaies, suivant la formule que vous trouverez plus loin, est un moyen antiseptique puissant, néfaste aux spores et aux microbes, mais respectant les cellules, faisant un appel de phagocytes, constituant un excitant des plaies. C'est le moyen qui m'a le mieux réussi, après avoir à peu près tout essayé : formol, acide salicylique, teinture d'iode, enfumage iodé lui-même.

(1) Pendant les huit premiers jours et surtout pendant la période des grands lavages, la plaie n'est pas encore belle. Les tissus sont plus ou moins « macérés ». « Songez qu'ils subissent chaque jour une sorte de « cautérisation » nécessaire, sans doute, pour la desinfection ; mais les trois lavages ne sont pas sans attaquer la cellule elle-même. Il faut enfin à cette plaie meurtrie du fait de la blessure le temps de réagir. Du dix au quinzième jour, le bel aspect rouge carmin des plaies embaumées apparaît. Il faut donc savoir attendre et ne pas cesser la méthode au bout de 3 ou 4 jours.

Je ne médis pas de la teinture d'iode, employée pour un premier pansement ; mais cette méthode ne peut pas être répétée ; si elle tue les microbes, elle nécrose les cellules et laisse une plaie meurtrie, excellent milieu de culture et non de défense !

Ma formule est celle-ci :

Iodoforme..........	10 grammes.	
Gaïacol..........	10	—
Eucalyptol..........	10	—
Baume du Pérou......	30	—
Ether..........	100	—

destinée à imbiber les mèches de gaze ou à être injectée dans les trajets avec une seringue de Roux (1).

Si l'eau oxygénée vous manque, si même vous êtes simplement prodigue, vous vous trouverez bien avant l'embaumement avec la solution A de laver la plaie avec une autre solution B, qui ne diffère de la première que par la quantité d'éther qui est de 1.000.

Si votre blessé présente de l'idiosyncrasie, ou de l'intolérance après quelques jours de traitement, ce qui est exceptionnel, prenez les mêmes formules, sans l'iodoforme.

(1) L'eau iodée est également un excellent désinfectant pouvant chez certains sujets remplacer avantageusement l'eau oxygénée.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement des plaies infectées par le sérum spécifique de Vallée-Leclainche

par M. le Docteur MAURICE DE FLEURY
Membre de l'Académie de Médecine

Après que MM. les professeurs Vallée et Leclainche eurent fait, devant l'Académie, leur lecture du 23 février, le Service de santé a mis à la disposition de ses formations sanitaires des tubes de sérum polyvalent.

Dans mon service de l'Hôpital temporaire n° 35, j'en ai fait, chez douze blessés de guerre, l'essai méthodique, assez prolongé pour être jugé concluant.

Le sérum a été employé soit en pansements à plat (plaies superficielles), soit à l'aide de mèches imbibées, enfoncées, à la sonde cannelée, dans les anfractuosités des plaies profondes ou les trajets fistuleux. Bien entendu, aucun antiseptique n'était utilisé concurremment. Nous nous contentions, avant l'application, d'un lavage soigneux des plaies à l'eau de mer ramené à l'isotonie, et bouillie.

Presque toujours, les résultats obtenus ont été si frappants que je désire en témoigner devant l'Académie, avec l'espoir d'aider à la généralisation d'une thérapeutique qui a fait depuis longtemps ses preuves expérimentales et qui est en train de faire brillamment ses preuves cliniques.

A l'appui de cette affirmation, voici quelques faits qui me semblent probants.

1° G...., soldat cuisinier. — Gros anthrax du dos. Le 12 mars, incision. Après expulsion du bourbillon, la cavité, qui a les dimensions d'un gros œuf de pigeon, est lavée à la solution physiologique, puis bourrée avec une mèche imbibée de sérum polyvalent. Le pansement est renouvelé tous les matins. Le fond anfractueux se régularise et remonte rapidement ; le 19 mars, il affleure à la peau et commence à s'épidermiser. En douze jours, guérison complète. Cicatrice souple et très belle.

2° S... — Balle de shrapnell dans la profondeur du deltoïde. Le blessé arrive à l'hôpital avec un phlegmon diffus, nécessitant quatre incisions profondes, dont trois le 9 février et une le 19 février. Température au-dessus de 40 degrés. Pus fétide ; état général mauvais. Pansements au sérum à dater du 12 mars. Les drains sont remplacés par des mèches imbibées. Chute de la température dès le second jour ; à partir du troisième jour, le thermomètre ne dépasse plus 37°8, modification rapide et frappante des plaies. Guérison complète en dix-huit jours. Cicatrices minces, rectilignes, comme on n'eût point osé en espérer après de si vastes dégâts.

3° M... — Incision d'un trajet fistuleux à la partie dorsale du pied droit, d'un trajet fistuleux à l'avant-bras droit ; extraction d'un projectile à la face profonde du long supinateur.

Le 12 mars, ces trois plaies, qui suppurent abondamment, sont traitées pour la première fois au sérum polyvalent ; la suppuration disparaît dès le troisième pansement ; les plaies bourgeonnent activement et sans exubérance. Cicatrisation complète en dix-neuf jours de la plaie la plus profonde. Cicatrices souples, réduites au minimum.

4° H... — Plaie large, superficielle (éclat d'obus) et très suppurante à la fesse. On a vainement essayé la teinture d'iode, la pommade de Reclus, les bandelettes de sparadrap à l'oxyde de zinc. La suppuration reste très intense, les bords demeurent décollés. L'emploi de taffetas, chiffon à plat donne une certaine amélioration, très lente. A partir du 12 mars, on emploie des compresses imbibées de sérum Vallée-Leclainche. La cicatrisation se fait, à dater de ce jour, de façon beaucoup plus rapide, cependant que la suppuration se tarit promptement.

5° H... — Plaies profondes de l'avant-bras droit, trop longtemps drainées et sans aucune tendance à la cicatrisation. Curettage du trajet et applications quotidiennes de mèches imbibées. Cicatrisation très rapide.

6° L... — Plaie étendue de l'index droit, littéralement broyé : fractures multiples de la phalange et de la phalangine ; nombreuses esquilles enlevées ; l'amputation apparaît inévitable. Applications quotidiennes de compresses imbibées de sérum. Suppression très prompte de la suppuration. Cicatrisation rapide. La radiographie montre qu'un cal s'est reformé comblant les vides énormes laissés par les esquilles. Ankylose de l'articulation de la phalange avec la phalangine. Il n'est plus question d'amputer.

7° B... — Enorme phlegmon de la fesse gauche, balle de shrapnell ; la fesse est traversée très profondément par le trajet de la balle, étroit et très infecté. Trois incisions profondes ; gros drains. Les cavités, autour des drains sont supprimés et remplacés par des mèches. Les incisions sont du 28 mars. Le 16 avril, les trois vastes plaies sont absolument cicatrisées ; cicatrices fines et correctes.

Avant la cicatrisation complète, la fesse droite traversée par le même projectile, fait à son tour un gros phlegmon avec températures très élevées. Un pus fétide coule du trajet de la balle et souille constamment l'une des plaies de la fesse gauche ; cette plaie, garnie de compresses imbibées, n'a point cessé de progresser avec une rapidité inespérée, en dépit de ce voisinage.

Le phlegmon de la fesse droite a été incisé et traité comme le premier. Il est en voie de réparation rapide.

8° H... — Plaie infectée du bras et de l'humérus droit. Trajet fistuleux ; nombreuses esquilles. Le 9 avril incision, ablation de la cicatrice, grattage de l'humérus où la curette fait une cavité à loger la pulpe de l'index ganté de caoutchouc. Les trois premiers pansements à l'éther iodoformé ; depuis, pansements quotidiens au sérum polyvalent. Le 30 avril, la plaie est réduite à tel point qu'on y peut à peine introduire la sonde cannelée ; la suppuration est tarie.

Quatre points de suture ont tenu ; toute la partie inférieure de la plaie opératoire s'est cicatrisée par première intention.

9° G... — Plaie par balle du maxillaire inférieur ; suppuration abondante, nombreuses esquilles. Incision, grattage de l'os ; la cicatrisation se fait avec une rapidité exceptionnelle. L'intervention date du 13 avril ; immédiatement, retour de la température à la normale ; pas de suppuration. Aujourd'hui, 20 avril, la cavité osseuse est comblée presque complètement, la plaie des parties molles est aux cinq sixièmes comblée. Etat général excellent.

10° F... — Plaie profonde des muscles de la partie postéro-externe du bras droit ; la plaie est presque cicatrisée, lorsque se déclare une dermite infectieuse de tout le membre supérieur avec infiltration œdémateuse sous-cutanée, ulcérations superficielles très étendues, petits furoncles très nombreux ; la teinture d'iode dilnée, la pommade de Reclus, la pommade à l'oxyde de zinc, la poudre d'ectogan ne donnent aucune amélioration.

Guérison complète en trois applications de compresses imbibées de sérum polyvalent qui amènent la formation de squames épidermiques, sous lesquelles la peau est saine. Disparition complète en six jours d'un mal qui évoluait depuis quarante jours sans amélioration.

11° L... — Adénite cervicale tuberculeuse infectée secondairement ; ouverture spontanée avant l'entrée à l'hôpital. En cinq pansements au sérum, l'infection secondaire est maîtrisée ; la plaie ganglionnaire plus grosse qn'une noix est actuellement plus petite qu'une petite noisette.

12° C... — Plaie perforante par balle de fusil, du pavillon de l'oreille. La plaie est très infectée et suppurait beaucoup quand ce malade nous est arrivé. En huit jours (pansements quotidiens), la cicatrisation est complète, sauf à l'orifice d'entrée où persiste un bourgeon charnu qu'il faudra détruire au nitrate d'argent.

Ainsi donc, dans les douze cas que je viens de rapporter succinctement, les applications du sérum de Leclainche et Vallée nous ont donné des résultats extrêmement nets, et tels que l'on n'en obtient pas avec les moyens thérapeutiques employés jusqu'ici pour le traitement des plaies infectées.

Toujours j'ai observé les mêmes phénomènes : abaissement immédiat de la température, cessation des douleurs, modification très nette des surfaces, bourgeonnement rapide et franc, suppression à peu pres complète de la suppuration ; cicatrisation évoluant avec une promptitude et une correction singulières et qui semblent appartenir en propre à cette médication nouvelle.

La guérison de l'anthrax, celle de la dermite (de nature vraisemblablement staphylococcique), la réparation des phlegmons diffus aprés incision, celle des plaies osseuses, celle des fontes purulentes ganglionnaires, ont passé en rapidité et en perfection tout ce qu'il m'avait été donné de voir jusqu'à présent, et notamment depuis plus de huit mois qu'il m'est donné de consacrer mon temps au traitement des blessures de guerre si souvent infectées.

Nous n'avons jamais observé le plus léger accident sérique.

Je crois donc que le traitement de ces plaies, par le sérum polyvalent de Leclainche et Vallée, est appelé à prendre dés maintenant une grande extension.

A l'heure présente, rien de plus précieux qu'un agent thérapeutique déterminant des cicatrisations aussi rapides et réduisant au minimum les déformations secondaires.

Et si l'on envisage la question du point de vue scientifique, n'est-il pas infiniment intéressant de nous dire qu'aprés avoir assisté aux merveilles de la méthode antiseptique, puis de la méthode aseptique, nous avons la bonne fortune de voir naître le traitement spécifique, rationnel et pratiquement efficace des plaies infectées par les agents pathogénes les plus fréquents.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des formes graves d'érysipèle par les injections intraveineuses de cyanure de mercure

par M. le docteur d'ŒLSNITZ
Médecin-chef de l'hôpital complémentaire n° 20 des contagieux, à Nice

La multiplicité des procédés thérapeutiques proposés pour le traitement local de l'érysipèle de la face souligne l'efficacité restreinte de chacun d'entre eux. Cependant, si dans la majorité des cas, l'érysipèle de la face a spontanément une évolution favorable, parfois l'intensité des symptômes et des accidents observés, démontre que cette affection peut évoluer comme une maladie générale grave. Quoiqu'il ait été démontré (Widal) que la gravité de la maladie n'était pas toujours en rapport avec la présence du streptocoque dans le sang, il n'en reste pas moins vrai que dans les cas graves, l'érysipèle de la face a l'allure clinique de septicémie.

Pour cette raison, et nous souvenant des résultats espérés et quelquefois obtenus par ce procédé dans l'infection puerpérale, nous avons tenté de traiter tous les cas d'érysipèle grave envoyés dans notre formation, par des injections intraveineuses de cyanure de mercure.

Ce médicament a été injecté dans la veine, à la dose de 1 centimètre cube par jour, chaque fois que l'élévation de la température et que l'intensité des symptômes généraux soulignaient la gravité du cas d'érysipèle.

Sous l'influence de ce traitement, nous avons le plus souvent remarqué une action évidente sur la courbe thermique qui, assez brusquement, se rapprochait de la normale. L'action sur les lésions locales n'a pas toujours été semblable : évidente dans quelques cas où nous avons vu la plaque d'érysipèle pâlir et les phlyctènes se dessécher ; d'autres fois, au contraire, nous avons observé une progression de l'évolution locale en contradiction avec la chute accélérée de la température et l'amélioration compléte de l'état général.

Le nombre des injections nécessaires pour obtenir ces résultats était variable mais, en général, a été de deux à quatre.

Les contre-indications ont été réalisées par la préexistence de troubles intestinaux et surtout par la constatation d'une diarrhée dysentériforme sous l'influence de la première piqûre.

Au début de nos essais, nous avons, dans certains cas, employé comparativement les injections intraveineuses de colloïdes et de cyanure de mercure et, en présence de meilleurs résultats, nous avons donné la préférence à ce dernier médicament.

Ainsi compris, ce traitement a été appliqué dans notre formation, chaque fois que la gravité d'un cas en a réalisé l'indication, sur un nombre total de 80 malades, soldats de l'active, de la réserve ou de la territoriale, dont les âges ont varié de 19 à 45 ans.

Sur ce nombre, certains revenaient du front, fatigués par la campagne, quelques-uns étaient blessés. Dans cet ensemble, ne représentant pas un terrain anormalement favorable, nous n'avons eu à déplorer aucun cas de mort : nos 80 malades atteints d'érysipèle de la face ont guéri sans complications.

Cependant, à cette statistique doivent s'ajouter trois cas d'érysipèle de la face, observés chez des Sénégalais.

A dessein, nous avons cru devoir séparer les cas observés chez ces noirs, car cette maladie nous a semblé évoluer chez enx avec une violence et une intensité tout à fait inaccontnmées. En effet, si chez nos soldats en grand nombre nous avons eu la chance de voir guérir tous les cas observés, au contraire, sur le nombre restreint de trois Sénégalais, nous avons eu à déplorer deux cas mortels.

L'histoire spéciale de ces trois cas nous paraît être un nouvel appoint à l'efficacité du traitement que nous proposons.

En effet, des deux cas mortels, l'un, traité par les moyens habituels, a présenté, aprés la défervescence, une asthénie cardio-vasculaire dont rien n'a pu triompher, et l'autre, traité par les injections intraveineuses d'argent colloïdal, a succombé aprés quatre jours de maladie.

Le troisième cas manifesté, aussi grave d'emblée, a été traité par les injections intraveineuses de cyanure de mercure, et nous avons eu la bonne fortune de constater de façon inespérée une défervescence rapide et la rétrocession de tous les symptômes graves.

Nous ne prétendons nullement proposer un traitement infaillible des formes graves d'érysipèle de la face ; il est possible qu'une plus longue expérience de ce traitement change partiellement notre impression.

Néanmoins, nous croyons que la statistique et les faits que nous rapportons, sont déjà de nature à permettre de tenter les injections intraveineuses de cyanure de mercure chaque fois que l'érysipèle de la face évolue avec une gravité anormale.

CARNET DU PRATICIEN

Herpès génital

En cas de lésions étendnes, toucher celles-ci plusieurs fois par jonr avec une solntion saturée d'acide picrique. Appliqner ensnite la pommade snivante :

Cold-Cream très frais......	20 grammes
Oxyde de zinc..............	2 —
Menthol....................	0 gr. 20
Gaiscol pur synthétique....	2 gr. 20

De plns, lotions qnotidiennes avec de l'ean bouillie tiède, additionnée de une cuillerée à soupe de Gyraldose par litre.

Lavement antiseptique dans le traitement des colites infantiles

Eau oxygenee médicinale.	50 grammes
Chlorure de sodium......	5 —
Phosphate de soude......	5 —
Bicarbonate de soude....	5 —
Eau bouillie q. s. p......	1.000 —

Poudre contre la toux quinteuse

Poudre de gomme arabique...	9 grammes
Poudre de racine de belladone..................	1 —

Priser cette poudre, dix à douze fois par jour jnsqn'à effet calmant.

(Guéneau de Mussy).

Cystite tuberculeuse

Instiller dans la vessie 1 à 2 grammes d'une des solntions :

Acide picrique............	1 gramme
Eau......................	100 —

On :

Acide pyrogallique........	3 grammes
Eau......................	100 —

Prescrire en outre la cnre de pagéol, à raison de hnit à douze capsnles par jour.

Enfin, pour remonter l'etat géneral, faire prendre également du globéol, 2 à 3 pilules an début de chacnn des deux principaux repas.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 40.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

Le Gérant : A. Geoffroy

Les Médecins et la Guerre

(Suite)

M. Sagrandi, médecin principal de 2e classe.
M. Galzin, médecin principal de 1re classe.
M. Sicard, médecin principal de 2e classe.
M. Jaubert, médecin principal de 2e classe.
M. Cultin, médecin principal de 2e classe.
M. Capus, médecin principal de 1re classe.
M. Le Ray, médecin principal de 2e classe des troupes coloniales.
M. Bellard, médecin principal de 2e classe.
M. Clouard, médecin principal de 1re classe.
M. Dnmas, médecin principal de 2e classe.
M. Brindel, médecin-major de 1re classe de territoriale.
M. Potherat, médecin-major de 1re classe de territoriale.
M. André, médecin principal de 1re classe de territoriale.
M. Qnénn, médecin principal de 2e classe de territoriale.
M. Kirmisson, médecin principal de 2e classe de territoriale.
M. Lagrange, médecin principal de 2e classe de territoriale.

Chevaliers. — M. Chaudaye, médecin-major de 1re classe au 166e régiment d'infanterie.
M. Legendre, médecin-major de 2e classe au 329e régiment d'infanterie.
M. Gauthier, médecin-major de 1re classe.
M. Labadie, médecin-major de 1re classe au 130e régiment d'infanterie.
M. Lafforgue, médecin-major de 1re classe.
M. Deyrolle, médecin-major de 1re classe au 7e régiment de marche de tirailleurs.
M. Faure, médecin-major de 1re classe au 2e régiment de marche du 2e étranger.
M. Vandenbossche, médecin-major de 1re classe.
M. Masure, médecin-major de 1re classe au 71e régiment d'infanterie.
M. Le Guelinel de Lignerolles, médecin-major de 1re classe.
M. Gueytat, médecin-major de 1re classe.
M. Bonthoux, médecin-major de 1re classe.
M. Camus, médecin-major de 1re classe.
M. Feldhuller, médecin-major de 2e classe.
M. Job, médecin-major de 1re classe.
M. Peltier, médecin-major de 1re classe.
M. Forget, médecin-major de 2e classe.
M. Briole, médecin-major de 2e classe.
M. Cange, médecin-major de 2e classe.
M. Dickson, médecin-major de 1re classe.
M. Marty, médecin-major de 1re classe du service de santé coloniale.
M. Vergne, médecin-major de 2e classe.
M. Munier, médecin-major de 1re classe.
M. Jojo, médecin-major de 1re classe.
M. Brachet, médecin-major de 2e classe.
M. Dufougère, médecin-major de 2e classe.
M. Ouzilleau, médecin-major de 2e classe.
M. Tuefferd, médecin aide-major de 1re classe.
M. Flourens, médecin aide-major de 2e classe.
M. Delbecq, médecin-major de 2e classe.
M. Lochard, médecin-major de 1re classe de territoriale.
M. Thalinger, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Souplet, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Vincent, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Meyrignac, médecin aide-major de territoriale.
M. Le Marchand, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Saliéges, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Mauroux, médecin-major de 1re classe de territoriale.
M. Schmerber, médecin-major de 1re classe de territoriale.
M. Carlier, médecin aide-major de 1re classe de réserve d'artillerie d'une division de cavalerie.
M. Delore, médecin-major de 2e classe deiterritoriale.
M. Brésard, médecin aide-major de 1re classe de territoriale au 16e régiment de chasseurs à cheval.
M. Flaissières, médecin-major de 1re classe au 112e régiment territorial d'infanterie.
M. Bourlaux, médecin-major de 2e classe de réserve.
M. Chavannaz, médecin-major de 2e classe de réserve.
M. Paviot, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Dupret, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. André, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Cassin, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Josserand, médecin principal de 2e classe de territoriale.
M. Marion, médecin-major de 1re classe de territoriale.
M. Tixier, médecin aide-major de territoriale.
M. E. Monod, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Frey, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Morestin, médecin aide-major de 2e classe de territoriale.
M. Villard, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Moussous, médecin principal de 2e classe de territoriale.
M. Faucillon, médecin-major de 1re classe de réserve.
M. Lardenois, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Frœlich, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Bérard, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Fasquelle, médecin-major de 1re classe de réserve.
M. Imbert, médecin-major de 2e classe de réserve.
M. Nicolas, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Carrieu, médecin-major de 1re classe de territoriale.
M. Nové Josserand, médecin-major de 2e classe de territoriale.
M. Péchin, médecin-major de 2e classe de territoriale.

MÉDAILLE MILITAIRE

M. Fillol, médecin auxiliaire au 153e régiment d'infanterie.
M. Martin, médecin auxiliaire, service médical du 11e bataillon de chasseurs.
M. Moulonguet, médecin auxiliaire au 18e bataillon de chasseurs.
M. Péan, médecin auxiliaire (élève de l'Ecole de Lyon).
M. Le Coty, médecin auxiliaire au 3e régiment d'artillerie coloniale.

TÉMOIGNAGES DE SATISFACTION

Service des épidémies. — M. Malespine, medecin auxiliaire à l'hôpital de Romans.

Citations à l'Ordre de l'Armée

M. Bobeau, médecin aide-major de 2e classe de réserve.
M. Cornet, médecin auxiliaire au 313e régiment d'infanterie.
M. Ravina, médecin auxiliaire au 31e régiment d'infanterie.
M. Jolivot, médecin aide-major au 31e régiment d'infanterie.
M. Espanet, médecin aide-major de 1re classe (pilote).
M. Mouzels, médecin aide-major de 1re classe au 46e régiment d'infanterie.
M. Theroude, médecin aide-major de 2e classe de reserve au 350e régiment d'infanterie.
M. de Rychers, médecin aide-major de 1re classe au 84e régiment d'infanterie.
M. de Lauweryns de Roosendael, médecin-major de 1re classe au service de santé.
M. Souberbielle, médecin-auxiliaire de réserve au 130e régiment d'infanterie.
M. Dupont, médecin-major de 2e classe à l'ambulance no 7.
M. Berniolle, médecin aide-major de 2e classe au 117e régiment d'infanterie.
M. Legret, médecin auxiliaire au 117e régiment d'infanterie.
M. Le Cœur, médecin principal de la marine.
M. de Gaudart d'Allaines, medecin auxiliaire au 117e régiment d'infanterie.
M. Loiseleur, médecin aide-major de 2e classe au 124e régiment d'infanterie.
M. Pambet, médecin aide-major de 1re classe du groupe de brancardiers de la 7e division.
M. Cabonat, medecin auxiliaire au 104e régiment d'infanterie.
M. de Furst, médecin-major de 2e classe au 101e régiment d'infanterie.
M. Ritof, medecin aide-major de 2e classe au 101e régiment d'infanterie.
M. Mathieu, médecin aide-major de 1re classe au 349e régiment d'infanterie.
M. Roton, médecin-major de 2e classe.
M. Kéruzore, médecin auxiliaire.
M. Colin, médecin auxiliaire.
M. Leynia de la Jarrige, médecin-major de 2e classe.
M. Simon, médecin auxiliaire au 355e régiment d'infanterie.
M. Vermelin, médecin auxiliaire au 171e régiment d'infanterie.
M. Père, médecin-major de 2e classe au 307e régiment d'infanterie.
M. Peaud, médecin auxiliaire au 137e régiment d'infanterie.
M. Gayet, médecin auxiliaire au 19e régiment d'infanterie.
M. Moriot, médecin auxiliaire de réserve, groupe de brancardiers.
M. Julie, médecin-major de 2e classe, médecin chef d'une ambulance.
M. Bedel, médecin aide-major de 2e classe au 170e régiment d'infanterie.
M. Boyer, médecin auxiliaire à la compagnie divisionnaire du génie 5/14, 1er régiment, matricule 1.381.
M. Sylvestre, médecin auxiliaire du groupe de brancardiers d'une division d'infanterie, matricule 410.

ÉCHOS

La contribution sur les autos des médecins mobilisés.

La contribution sur les automobiles est, d'après la loi, exigible de tout possesseur d'une voiture sujette à cette taxe, alors même qu'il serait temporairement empêché d'en faire usage. Une exception à la regle générale ne saurait être con-entie en faveur d'aucune catégorie spéciale de contribuables et il n'est pas possible, en particulier, d'accorder aux médecins mobilisés le bénéfice de degrevements refnsés à d'autres personnes placées dans une sitnation analogue.

86e Année (Série XIVe) — No 267 Le Numéro : 25 Centimes Merc.edi 24 Juin 1915

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1880, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Prés. de cl Expos Gand 1913

Ancienne Gazette de Santé
(142e Année)

Sommaire du Numéro du 24 Juin 1915

ÉCHOS

Le prix Osiris.

Au cours de sa séance générale tenue le 2 Juin dernier, l'Institut de France, conformément aux conclusions d'un rapport de M. Picart présenté au nom de la Commission, chargée de formuler des propositions touchant l'emploi de la fondation Osiris a voté, par 74 voix sur 83 votants, l'attribution du prix Osiris à la vaccination anti-typhoïdique.

Le prix de 100.000 francs a donc été partagé entre MM. les Professeurs Chantemesse et Widal d'une part et M. le Professeur Vincent d'autre part.

La *Gazette Médicale de Paris* est heureuse de pouvoir adresser ses chaleureuses et affectueuses félicitations aux savants bénéficiaires de la fondation Osiris dont deux, les Professeurs Chantemesse et Vincent appartiennent à son Comité de direction scientifique.

Nécrologie.

Nous apprenons avec regret la mort de M. Schmidt, médecin-auxiliaire au 44e bataillon de chasseurs à pied, tué le 11 mai pendant l'attaque de Carency. Nous avions déjà eu le plaisir de citer M. Pierre Schmidt pour une médaille militaire bien méritée pour son dévouement lors d'un précédent combat. M. Pierre Schmidt estimé de tous était à la veille d'être nommé médecin aide-major. Nos sincères condoléances à sa famille.

***

On annonce la mort du Dr Léon Thoinot, membre de l'Académie de médecine, professeur de médecine légale à la Faculté, inspecteur général des Services d'hygiène à la préfecture de police, décédé subitement à son domicile, 4, rue de Tournon.

Le professeur Léon Thoinot avait succédé, en 1906, à son maître, le professeur Brouardel, dans la chaire de médecine légale. Médecin de l'hôpital Laënnec, il était, depuis le début de la guerre, médecin principal au Val-de-Grâce et chef du service des contagieux. Il continuait également à la Morgue les cours organisés par son prédécesseur.

Le monument du docteur Reymond.

Le sculpteur A. Bartholomé vient de se rendre à Montbrison pour choisir l'emplacement qui sera réservé au monument du Dr Emile Reymond, apôtre de l'aviation française. Le mouvement de souscription pour cet hommage national est encore plus vif dans le département de la Loire qu'à Paris ; déjà la ville de Saint-Etienne a souscrit 3.000 francs et la municipalité de Montbrison vient de voter à l'unanimité une contribution de 5.000 francs. Le personnel de la maison départementale de Nanterre a tenu à apporter son concours et a réussi à réunir la somme de 849 fr. 50. L'admiration pour ce grand Français s'est répercutée jusqu'en Amérique du sud : le Dr Navarro, professeur de la Faculté de Montevideo, vient d'adresser au trésorier, M. A. Michelin, boulevard Péreire, 105, la somme de 500 francs.

Le montant des souscriptions s'élève à ce jour à 30.870 fr. 50.

Les médecins auxiliaires à huit inscriptions.

Par analogie à ce qui a été fait à la guerre, un décret, sur la proposition du ministre de la Marine, dispose que pendant la durée de la guerre les étudiants en médecine titulaires de huit inscriptions valables pour le doctorat et les étudiants en pharmacie possédant quatre inscriptions validées, qui sont élèves de l'Ecole du service de santé de Bordeaux ou qui servent actuellement en qualité de matelots infirmiers peuvent être nommés aux emplois de médecins et de pharmaciens auxiliaires de la marine.

LE RENOUVEAU

Sois béni, vert printemps, si
cher aux cœurs blessés!
ROLLINAT.

Il nous faut un de ces printemps consolateurs « qui versent la même allégresse dans la vie des plantes et des bêtes, que dans l'âme humaine. » Au lieu donc, de faire revivre des plaisanteries surannées sur le renouveau, les banalités descriptives qu'il a suscitées, ne craignons pas de parler de sa mystérieuse puissance, de son action rajeunissante et créatrice ; de nous griser avec ce qu'il offre de joies, au moment même où, dans la nature, selon la pensée de Mme de Noailles :

Tout est pensif, chargé de désir et de rêve.

Parlons-en surtout cette année, où, après tant de deuils et d'épreuves, chacun éprouve un besoin exceptionnel de renaître, de secouer les vieux cauchemars, pour aspirer à pleins poumons un air plus pur, plus vivifiant.

On a assez pleuré en France, on a assez gémi dans le corps médical ; saisissons avec empressement le rameau vert qui nous est offert ; qu'il reste pour de nombreuses années un emblème de paix et d'espoir !

C'est surtout pour les jeunes que je souhaite un avenir souriant, lumineux ; nous, les anciens, qui n'avons plus rien à attendre de la vie, nous les suivrons ravis, si l'avenir tient ses promesses, si nos cadets sont meilleurs et plus heureux que leurs aînés.

Il est à souhaiter que la nature qui possède une si grande habileté décorative, avec un sentiment exquis des coloris et des arrangements, vienne jeter un peu de joie sur les ruines qui seront si longues à disparaître, en y semant à profusion ses mousses, ses lierres, ses lichens et ses violettes ; que chaque mur renfrogné ait son bouquet de giroflées, qu'il fasse preuve de vitalité et ne persévère pas dans sa nudité, dans son effritement.

Il nous faut un renouveau complet, dans tous les sens, dans tous les ordres d'idées, au fond des cœurs comme dans les sillons où germeront des moissons opulentes, au profit des plus humbles demeures et des foyers si longtemps déshérités.

Soignons les lauriers, pour qu'il y en ait en abondance pour les tombes glorieuses éparses dans toute l'Europe ; l'arbuste symbolique doit être l'objet d'une sollicitude spéciale et sa production demande à être centuplée.

Dans les envois de paquets de tabac destinés à nos soldats, par une pensée délicate, quelques femmes de cœur eurent l'idée d'ajouter à leurs dons un mot anonyme de réconfort et de souvenir pour le bénéficiaire ; c'était déjà joli, mais on a fait mieux encore, en insinuant dans le petit colis une feuille de laurier, muet encouragement, gage secret de la victoire.

Le soldat ému en est profondément touché, il croit avec un peu plus d'ardeur à la victoire prochaine, et, pour y contribuer, s'élance ensuite à l'assaut avec une impétuosité plus insouciante et plus confiante.

Que les lauriers repoussent donc et ne craignons pas de les couper, pour en apporter des brassées sur les sites ensanglantés par tant de combats. Plus favorisés que les victimes, nous reviendrons au bois charmant, pour y rêver et penser aux chers disparus.

Plus que les autres années, je le répète, on a besoin de se reprendre, de reposer ses yeux sur de fraîches frondaisons, de se guérir du passé, de s'égarer dans des sentiers moussus en humant de saines émanations, à proximité ou non d'un moulin champêtre, un peu moins lézardé que celui de Daudet et nullement secoué par la tramontane.

Chacun a besoin de réparer l'énorme dépense d'influx nerveux qu'il vient de subir : on voudrait oublier, se recueillir, prendre un bain de jouvence, ne plus penser, au reste, après tant de surprises où on était si près de s'abandonner, sans avoir pourtant cessé d'espérer. C'était au fond de soi, loin, bien bas, comme une lueur vacillante qui avait résisté à la bourrasque. Elle ne voulait pas s'éteindre et aspirait à se transformer en flambeau, pour éclairer derechef nos ténèbres et l'horizon.

Il semble qu'on n'aura jamais assez de journées de rêve, de détente, d'allègement, de silence contemplatif, pour compenser les nuits d'insomnie, les visions de guerre et les récits atroces des survivants.

On ne voudrait plus entendre parler de funérailles et d'hécatombes ; on voudrait vivre au contraire et bien vivre dans tous les sens, les plus nobles comme les plus prosaïques, retrouver le rire clair de jadis qu'on a oublié, l'expansion de franche allure, la gaieté gauloise et les ivresses sans amertume !

La campagne, qui ne connaît que la mort momentanée de l'hiver, déborde en ce moment d'éclosions et de rumeurs, d'idylles et d'accouplements ; elle nous donne l'exemple, elle nous insinue en sourdine que bientôt, dans quelques mois, une floraison générale s'épanouira aussi sur toutes les branches de l'activité française, sur tous les produits de notre propre culture, la bonne, la vraie. Des souffles puissants venus de tous les points de l'horizon engendreront un renouveau intellectuel particulièrement fécond, dans une communauté de pensées et de tendances, avec un désir unanime de résurrection. Les belles œuvres et les belles actions foisonneront comme aux jours les plus prospères de notre histoire ; les noms illustres seront difficiles à dénombrer par suite de leur abondance ; il n'y aura plus de domaines en friche et les sites les plus éprouvés retrouveront les habitants qui doivent les animer.

En attendant la réalisation de ce beau programme, il importe de profiter des baumes que la nature en bonne mère apporte dès à présent à notre patrie cruellement meurtrie, qu'elle purifie en recouvrant d'un tapis de fête les territoires souillés par l'occupation. C'est un commencement de réparation, en attendant le coup de balai final et l'hosanna de la délivrance !

Je n'ai pas parlé jusqu'ici de la fleur d'oranger, qui a été si délaissée depuis bien des mois ; il importe que sa blanche vision et celle des gazes de même couleur nous redeviennent familières, qu'il y ait de nombreux mariages dans les familles et que les chants d'hyménée se fassent entendre de nouveau.

Ce sera une bien belle occasion d'induire en tentation matrimoniale les jeunes médecins qui, jusqu'ici, s'étaient montrés difficiles, ou se contentaient de faire la roue, de décocher des sourires ou des œillades pour la forme, sans vouloir s'engager. Sur le front et dans les tranchées, les plus volages auront appris à apprécier le coin du feu, la quiétude de nos intérieurs.

Comme il n'y en aura pas pour toutes les donzelles en âge de convoler, ces dernières devenues à leur tour moins exigeantes feront bien de faire vite leur choix et de ne pas laisser se renouveler la fâcheuse aventure du héron de la fable. Rien ne les empêchera d'ailleurs de mêler un peu de romanesque à leur union, d'unir la poésie à la prose, de faire passer le mariage des âmes avant l'autre, de placer sur un piédestal celui qui a couru tant de dangers, en un mot d'effeuiller honnêtement la marguerite, avant que les mains et les cœurs ne soient liés par l'écharpe du magistrat municipal.

Filles d'Eve, aussi jolies que sages, le paradis s'ouvrira bientôt devant vous ; Donnez-vous la peine d'entrer !

Il conviendra qu'on s'occupe un peu plus de baptêmes et de layettes que par le passé, pour amener un relèvement appréciable de la natalité. Tous ceux qui sont valides devront travailler à combler les vides faits dans les gynécées, le rôle de procréateur n'étant ni difficile, ni désagréable. Grâce au chloroforme, on n'enfante même plus dans la douleur !

Dr GRELLETY, *de Vichy.*

Les Médecins et la Guerre

(Nous déclinons toute responsabilité au sujet des erreurs qui pourraient se trouver dans cette liste).

Les Morts

M. Maurice Dubuisson, du 1er bataillon de chasseurs à pied.

M. Albert Billet, médecin principal de 1re classe, directeur des service de santé du 15e corps d'armée.

M. Henri Grimbert, externe des hôpitaux, infirmier au 26e régiment d'artillerie.

M. Jean Peyron, médecin-auxiliaire au 163e régiment d'infanterie.

M. Jean Forgeot, médecin-auxiliaire.

M. Charles Lefebvre, médecin-major au 8e régiment d'infanterie.

M. Hugon, médecin aide-major décédé à Compiègne des suites de blessures reçues dans la Somme.

M. Rigollot-Simonnot, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph, mort prisonnier au camp de Langelsaza (Thuringe).

M. Laurent Castri, étudiant en médecine, tué aux Eparges, le 11 mai.

M. Chaillou de l'Institut Pasteur, tué à Vauquois.

M. Léon Maire, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Vichy.

M. Schmidt, médecin auxiliaire au 44e bataillon de chasseurs, tué le 11 mai à Carency.

(Voir la suite page VII.)

DEUX PLAIES ATONES DATANT DE 6 MOIS guéries en moins de quinze jours PAR LA BIO-KINÉTIQUE et la VENTILATION

Par M. le Docteur François DEBAT
Assistant de Dermatologie à l'Hôpital Saint-Antoine
Aide-Major de 1re classe de réserve

Il est fréquent de rencontrer dans les hôpitaux de l'arrière des blessés de vieille date, dont les plaies superficielles, d'étendue parfois minime, ne présentent nulle tendance à la cicatrisation.

Nous croyons faire œuvre utile en vulgarisant la méthode très simple qui, dans notre service spécial de l'Hôpital Militaire de Bourges, nous permet de guérir très rapidement ces lésions.

Voici tout d'abord deux observations qui montrent la rapidité des résultats obtenus :

Obs. 1. — Soldat Ch..., blessé le 28 septembre 1914 par balle de schrapnell qui traverse le mollet gauche. Traité par le traitement classique : attouchements iodés et pansements humides renouvelés chaque jour.

Le trajet intra-musculaire et l'orifice d'entrée se cicatrisent normalement, en cinq semaines, par contre l'orifice de sortie persiste et tend à s'élargir. Il n'existe cependant nulle fistule, la plaie est toute superficielle.

Les pansements humides, les pansements secs, l'iode, l'iodoforme, l'azotate d'argent, la pâte à l'oxyde de zinc, essayés tour à tour, ne donnent nulle amélioration. Au contraire, le mollet s'eczématise tout autour de l'orifice ulcéré.

Le malade m'est alors adressé. Je note à son arrivée, le 6 mars : Ulcération superficielle à la face externe du mollet de la dimension d'une pièce de cinq centimes, bords adhérents en pente douce, fond violacé, saignottant. Tout autour, sur une large surface, érythème et exfoliation avec prurit. Notre traitement est institué aussitôt.

Deux jours après, l'amélioration est sensible. L'érythème diminue, le prurit disparaît, la plaie devient rouge et se rétrécit notablement.

Le huitième jour, la guérison est complète.

Obs. 2. — Soldat Ro..., blessé gravement, le 26 août, par ricochet de balle à la face externe de la cuisse gauche.

Comme le premier, il est traité par l'iode et les pansements humides.

Au début, l'évolution est normale, la plaie se comble rapidement, devient superficielle. Après 4 mois, la cicatrisation se ralentit puis s'arrête.

Le malade m'est adressé le 11 mars, six mois et demi après sa blessure.

Je note l'état suivant : Plaie peu profonde, ayant 6 centimètres de long sur 3 centimètres de large, bords décollés, mous, à contours flous, fond violacé, bourgeonnant. Tout autour érythème. Suppuration abondante. Depuis 2 mois, nulle tendance à la cicatrisation. (V. fig. 1).

Le malade est traité le 15 mars par notre méthode.

Nous observons après trois jours la transformation que montre la figure 2.

Les bords de la plaie qui étaient flous sont devenus nets. Le fond bourgeonnant est devenu lisse. Les tissus violacés sont devenus rouges. La suppuration a disparu.

Après huit jours, la plaie est linéaire.

Après quinze jours, elle est complètement guérie. (V. fig. 3.)

La méthode qui nous permet d'obtenir ces résultats est des plus simples.

Elle consiste :

1° A irriter au minimum les tissus, par les pansements intermittents ;

2° A exciter au maximum leur vitalité, par la kinétique et la ventilation.

Voici comment nous procédons :

1° *Pansements intermittents.* — Supprimer tout antiseptique quel qu'il soit. Faire au début un pansement léger, moelleux, avec gaze fine légèrement imbibée d'eau salée à 9/00. Recouvrir d'une couche légère de coton cardé.



Fig. 1

Pour éviter toute macération, exposer chaque jour la plaie à l'air libre, en augmentant progressivement la durée de l'exposition, au fur et à mesure que le suintement diminue. Le premier jour, on exposera deux heures. On augmentera, à l'ordinaire, d'une heure par jour.

Dès qu'il n'y a plus de suintement, il y a avantage à remplacer l'eau salée par une



Fig. 2.

application de pâte épaisse à l'oxyde de zinc additionné de 3 0/0 d'ichtyol.

2° *Gymnastique élévatoire.* — Selon la technique indiquée par notre regretté maître Jacquet, nous faisons mobiliser chaque heure pendant cinq minutes, les muscles sous-jacents à la plaie, le membre étant en élévation. Entre temps, garder le lit si la lésion est aux jambes. Porter une écharpe haute si la lésion est aux bras.



Fig. 3.

Massage journalier, comportant l'effleurage du membre et le pincement des téguments périphériques.

3° *Ventilation.* — Une ou deux fois par jour, ventiler la plaie avec les petits appareils électriques qui projettent à volonté l'air à la température de la pièce ou l'air chaud.

L'air froid est réservé pour les lésions hyperémiées ; l'air chaud, pour les lésions à circulation ralentie.

Les séances durent de 5 à 10 minutes.

Efforçons-nous maintenant, de comprendre la pathogénie des plaies atones et le mécanisme de leur guérison.

Ces plaies se voient, de préférence, chez les soldats débiles, surmenés, intoxiqués ; on peut les observer cependant chez des sujets robustes et sans nulle tare.

Elles sont plus fréquentes aux membres inférieurs, en particulier à la face antéro-interne où l'épiderme est plus mince, la circulation moins active, et les stases lymphatique et veineuse plus marquées.

Remarquons que ces plaies sont en général toutes superficielles ; ce ne sont pas les muscles mais les téguments qui ne veulent pas se cicatriser.

On conçoit que les traitements classiques soient sans efficacité dans leur traitement. Les antiseptiques irritent ou détruisent les cellules hypo-résistantes de néo-formation. L'eau pure elle-même est irritante pour ces cellules, et macère les téguments périphériques.

Par ailleurs, l'immobilité à laquelle le malade se condamne lui-même, ralentit la circulation et trouble la trophicité des tissus.

Le traitement que nous proposons offre au contraire les meilleures conditions de régénération : une *humidité isotonique, l'air, la lumière, le mouvement.*

Cette méthode guérit avec une incroyable rapidité les plaies atones.

Elle est également indiquée dans le cas de plaies normales.

Elle n'est contre-indiquée que dans les cas de trajets fistuleux, de lymphangite grave, ou de lésions suppurantes des gaines tendineuses et des articulations. (1).

Le traitement du Tétanos.

Notre Directeur M. le Dr Lucien-Graux, vient de recevoir la lettre suivante :

Monsieur le Directeur.

Traitement du tétanos. — J'ai publié, dans la *Gazette* du 10 février 1915, une note sur le traitement du tétanos, par des injections intra-rachidiennes de sulfate de magnésie.

La lecture de cette note m'a fait adresser par notre confrère Azalbert, la lettre suivante que je crois utile de publier :

« Dans votre numéro du 10 février 1915, vous préconisez pour le traitement du tétanos des injections intra-rachidiennes de la solution à 25 0/0 de sulfate de magnésie.

« J'ai fait ce traitement et je suis convaincu, à la suite d'un cas malheureusement que j'ai eu, que la dose indiquée, 8 cc. est trop forte, et que si on l'emploie, on aura des accidents sérieux et même mortels (c'est mon cas) par paralysie des centres respiratoires.

« Vous rendriez service au corps médical en publiant la présente note.

« Mes meilleures salutations.

Signé . Dr Azalbert. »

Il ne m'est pas possible de répondre en me servant de documents personnels, car fort heureusement je n'ai pas eu à soigner un seul cas de tétanos à mon ambulance.

Je laisse donc à mes confrères le soin de décrire leurs expériences personnelles avec les documents précédents.

Bien à vous. Dr Pauchet,
Hôpital de la Pitié, Paris.

(1) F. Debat. — Traitement des gelures par la méthode Bio-kinétique de Jacquet. Acad. de Méd. 12 janvier 1915.
F. Debat. — Cicatrisation rapide des plaies de guerre atones par la Bio-kinétique et les pansements intermittents. Société méd. des Hôpit. de Paris, 26 mars 1915.

Considérations Nouvelles
SUR LA
PATHOGÉNIE DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE
Les Propriétés hypertensives de l'Acide Urique

Par le Docteur FAIVRE
Professeur de Clinique interne à l'Université de Poitiers
Médecin des Eaux de Luchon.

On connaît depuis longtemps les multiples inconvénients de la présence de l'acide urique dans l'organisme : précipitation au voisinage des articulations, altérations endothéliales, intoxication chronique, etc., et aussi les malaises qui en sont la conséquence : migraines, troubles divers, éruptions cutanées, etc.

On sait également depuis longtemps que les premiers symptômes de l'artério-sclérose coïncident avec la présence, constatée à maintes reprises, de quantités appréciables d'acide urique dans le sang des malades. On n'avait pu cependant jusqu'ici mettre en évidence d'une façon précise le rôle de l'acide urique dans la pathogénie de l'artério-sclérose.

Une communication de MM. Desgrez et Dorléans, faite à l'Académie des Sciences, le 6 janvier 1913, apporte à cette question une importante contribution (Comptes rendus de l'Académie des Sciences, t. 156, p. 93. Séance du 6 janvier 1913.)

Ces deux savants, au cours de leurs recherches sur les corps uriques, ont injecté de l'urate de soude à des animaux. Ils ont constaté, dans un grand nombre d'expériences et par des injections faites à faibles doses, que l'acide urique augmentait notablement la pression artérielle chez les sujets ainsi traités.

Cette intéressante découverte vient éclairer d'un jour nouveau la pathogénie de l'artério-sclérose jusqu'ici assez confuse et fournit, sur le traitement de début de cette affection si répandue, de précieuses indications.

On sait, en effet, que le regretté Dr Huchard divisait l'évolution de l'artério-sclérose en trois stades. En premier lieu, le stade de l'adultération sanguine considérée comme d'origine infectieuse, toxique ou alimentaire. Puis vient le second stade auquel on s'accorde à attribuer une importance prépondérante, c'est celui de l'hypertension artérielle ; dans un troisième et dernier stade, l'hypertension artérielle ayant provoqué une irritation vasculaire intense, celle-ci a donné naissance aux lésions scléreuses des vaisseaux. Ce sont ces lésions scléreuses qui, en s'aggravant progressivement, aboutissent à la mort du sujet. Ce dénouement peut se produire, soit par le fait des lésions rénales, soit par asystolie, soit encore par thrombose ou hémorragie cérébrale.

Dans certains cas, le malade tombe dans la cachexie. L'amaigrissement, l'affaiblissement intellectuel, la parésie des membres, le relâchement des sphincters, caractérisent cette période de la maladie. Les anciens connaissaient cette forme de l'artério-sclérose et lui avaient donné le nom de cachexie artérielle.

La découverte des propriétés hypertensives de l'acide urique vient éclairer d'un jour nouveau la pathogénie de l'artério-sclérose, jusqu'ici assez confuse.

Le stade de l'adultération sanguine, premier anneau de la chaîne pathologique, acquiert une importance presque égale à celle du second stade, celui de l'hypertension artérielle.

Au lieu d'invoquer pour les causes de l'adultération sanguine l'influence exclusive et vague de phénomènes d'infection, d'intoxication ou de diathèse indéterminée, il est logique, en effet, de rapporter à l'influence de l'acide urique, dont l'action hypertensive vient d'être ainsi démontrée, l'hypertension artérielle qui doit immédiatement suivre la présence constatée de cet acide urique dans le sang des artério-scléreux en état de présclérose.

La théorie accordant à l'hypertension une influence prédominante dans la genèse des lésions artérielles, émise par Senhouse Kirkes, soutenue avec quelques variantes par Traube, adoptée par Broadbent, Vaquez et Pic et Bonnamour, a trouvé dans Huchard son plus ferme champion. Le grand praticien français, avec le remarquable sens clinique qui caractérisait son génie, a su, là encore et une fois de plus, pressentir la vérité dans la marche de l'affection à laquelle son nom restera justement attaché.

Expérimentalement, Roy et Adami, Malkow, Carrel et Guthrie, Klotz, Biedl et Braun, Harwey, Jores, ont réussi, en élevant la tension vasculaire par des procédés purement mécaniques (ligature ou compressions répétées), à produire des lésions de sclérose artérielle. C'est également ainsi que s'explique la sclérose de l'artère pulmonaire, consécutive à des lésions cardiaques ou pleuro-pulmonaires.

Bien plus, les deux théories en présence sur l'origine des lésions de l'artério-sclérose, se trouvent désormais réunies en une seule et la discussion qui a, pendant de longues années divisé nombre de médecins des plus illustres, les uns subordonnant les lésions à l'hypertension artérielle, les autres en faisant des altérations directement toxiques, n'a plus aucune raison d'exister. Le produit toxique, en l'espèce l'acide urique, produit lui-même l'hypertension, les deux stades se confondent et l'étude de l'artério-sclérose devient l'étude des conséquences de la présence de l'acide urique dans le sang des présléreux.

Les troubles morbides, suites de la phase d'hypertension préparée par la phase d'adultération sanguine sous l'influence de l'acide urique, se traduisent par des signes physiques et par des troubles fonctionnels.

Signes physiques. — La fréquence des battements cardiaques est ordinairement normale ou un peu diminuée chez les artério-scléreux, conformément à la loi de Marey, qui admet une relation inverse entre la tension artérielle et la fréquence des pulsations.

L'examen du cœur permet généralement de constater les signes de l'hypertrophie du cœur gauche plus accentuée en cas d'aortite ou de sclérose rénale.

On constate également l'accentuation du second bruit au foyer aortique (et en arrière d'après Friedmann, sur une ligne allant de l'angle de l'omoplate gauche à l'apophyse épineuse de la septième dorsale).

La percussion montre, en cas de dilatation cylindroïde de l'aorte, l'augmentation en largeur de la matité aortique qui dépasse le bord droit du sternum. La simple pression du doigt à la partie interne du second espace intercostal gauche provoque dans certains cas une sensation douloureuse.

L'aortite abdominale donne lieu à des battements épigastriques très accentués ; le palper, sur le trajet du vaisseau et même des iliaques, éveille une douleur parfois syncopale (J. Teissier) ; on peut même quelquefois apprécier chez les sujets maigres l'élargissement, la déviation en arc de cercle à concavité gauche et la mobilité anormale de l'aorte (1).

(1) Gouget : l'artério-sclérose et son traitement, Paris, 1910.

Le pouls, quelquefois ample et dépressible, est le plus souvent dur et serré.

Il n'est pas toujours égal des deux côtés des plaques de sclérose (situées sur l'aorte ou plus en aval) pouvant diminuer l'afflux sanguin d'un côté et non de l'autre.

Le tracé sphygmographique, assez caractéristique, montre successivement :

1° Une ligne ascendante, brusque, assez longue, généralement rectiligne et verticale, quelquefois cependant saccadée ou légèrement oblique (en effet, l'artère ayant perdu de son élasticité, subit de la part de l'ondée sanguine une distension brusque et exagérée).

2° Au lieu du sommet aigu habituel, un sommet brusquement arrondi ou même un plateau assez long, horizontal ou légèrement ascendant (l'artère est, en effet, incapable de réagir immédiatement contre la distension).

3° Une ligne de descente oblique et prolongée (l'artère se rétractant lentement) avec absence presque complète de dicrotisme.

Quand à la détermination de la tension artérielle, elle montre en général une élévation plus ou moins marquée : par exemple, au lieu de la moyenne de 16 à 17 (14 à 19 centimètres de mercure pour la pression systolique maxima), on trouve 20, 22, 24, plus rarement 26 ou 28 et même 30 à 32. Cette hypertension est permanente, elle se retrouve, à de faibles oscillations près, lors d'examens successifs (Gouget).

Traitement de l'Artério-Sclérose. — L'indication principale dans le traitement de l'artério-sclérose consiste, avant tout, à empêcher la naissance et le développement des lésions artérielles. Nous avons vu qu'à la période de présclérose l'acide urique contenu dans le sang était le seul facteur d'hypertension. On devra donc et avant toute autre chose, lutter énergiquement et fréquemment contre la rétention d'acide urique dans l'organisme en employant la médication par l'urodonal.

Il importe, en effet, au plus haut point, de ne pas oublier que c'est surtout à la période d'adultération sanguine qu'un traitement de l'artério-sclérose donnera des résultats rapides.

C'est, qu'en effet, à cette période, c'est seulement le milieu sanguin qui est intoxiqué par l'acide urique qui est, pour le sang, un véritable poison. Si l'on songe que l'artério-sclérose, cette rouille de la vie, comme on l'a si justement appelée, ne ronge pas moins de 300.000 existences en France chaque année, si l'on se rappelle que toutes ces morts doivent être, en définitive, mises sur le compte de l'acide urique, puisque c'est l'acide urique qui est à la base de l'artério-sclérose, on pourra se rendre un compte exact du rôle pathogène considérable joué par l'acide urique et apprécier ainsi, à sa juste valeur, l'importance d'une découverte comme celle de l'urodonal qui, en éliminant l'acide urique, l'empêche d'accomplir dans l'organisme ses innombrables méfaits.

C'est parce qu'il est le poison du sang, le poison des tissus vivants, que l'acide urique est hypertenseur. Cette hypertension doit, en effet, être considérée, comme une véritable réaction de défense de l'organisme, pour tenter de se débarrasser, par une circulation plus rapide, du poison urique qui le vicie, en l'envoyant sous plus forte pression filtrer à travers les reins. C'est dire qu'il ne faut pas tenter d'abattre par une thérapeutique malavisée, cette hypertension, en visant le seul symptôme hypertenseur, par le moyen de la trinitrine ou des iodures, encore tant employés autrefois. C'est faire plus de mal que de bien. Il faut s'attaquer non à cette

hypertension elle-même, mais à sa cause. Il faut éliminer l'acide urique par l'urodonal qui ouvrira le filtre rénal et, suivant le vieil adage : *sublata causa, tollitur effectus*, l'hypertension d'elle-même tombera dès qu'aura disparu l'acide urique. Telle est la seule thérapeutique, logique parce que pathogénique, de l'hypertension thérapeutique que seul l'urodonal est capable de réaliser.

Si l'on ne s'y est pris à temps, qu'est-ce qui va se passer ? Il est logique qu'un sang adultéré ne puisse pas impunément circuler dans les vaisseaux sans les léser à leur tour et que, par conséquent, ils doivent réagir, par irritation vasculaire, à cette intoxication sanguine d'origine urique ; c'est bien, en effet, ce qui se passe dans la réalité. Et l'hypertension, non soignée à temps par l'urodonal, arrivera fatalement à déterminer à la longue des lésions vasculaires. Est-il encore trop tard pour guérir ? Non. Il ne faut pas désespérer. La cure sera certes de plus longue durée, mais elle sera efficace, si le malade veut bien se soumettre au traitement si facile à suivre, par l'urodonal. Certes, c'est à cette période des réactions vasculaires intenses qu'il faudra soutenir le cœur qui s'affole et accélère ses battements pour éliminer le poison urique. Loin d'abattre la pression, il faudra au contraire soutenir ce cœur surmené par le globéol qui lui transfusera un sang pur, un sang jeune, un sang en pleine activité. C'est la seule façon de parer à l'asystolie fatale qui suit l'hypersystolie, comme toute phase de suractivité est suivie d'une période de dépression. Il faut soutenir le cœur par le globéol, tandis qu'il se contractera énergiquement, pour faire épurer par les reins les 150 litres de sang qu'ils doivent filtrer chaque jour et pour lesquels l'urodonal leur aura rendu leur perméabilité momentanément perdue.

De la nécessité de la médication globéolique dans l'artério-sclérose nous ne retiendrons encore que cette seconde preuve : la fréquence des vertiges anémiques chez les scléreux, chez les hypertendus. Surmenage du muscle cardiaque d'une part, anémie globulaire d'autre part, voilà deux symptômes qui commandent la médication associée du globéol à l'urodonal dans l'artério-sclérose.

Il est bien entendu que la médication urodonalique restera la médication de fond de l'hypertension artérielle, la médication éliminatrice de l'acide urique hypertenseur. Ceci est un fait universellement admis à l'heure actuelle. Et la thérapeutique de l'artério-sclérose, maintenant que, grâce aux découvertes modernes, elle peut être pathogénique par l'urodonal, en même temps que symptomatique par le globéol, est une des rares thérapeutiques qui peuvent être dites complètes autant que définitives, tout en y joignant le régime alimentaire et la boisson d'eau de Ravi-Luchon, tout en observant les règles d'hygiène appropriées.

LES PATURAGES AÉRIENS

Un imprimeur parisien a su doter Paris de pâturages aériens.

C'est à Javel, sur les toits des nouveaux bâtiments de l'imprimerie, qu'on peut voir cette curiosité agricole.

L'imprimeur, en effet, a fait recouvrir les vastes ateliers que contiennent ces bâtiments de ciment volcanique.

Au-dessus a été étendue une couche de terre de 0.40 d'épaisseur, et on peut obtenir sur ce sol aérien les plus fraîches prairies.

C'est la première fois qu'on applique en France, ce système de couverture déjà connu à l'étranger.

Il ne manque aux pâturages aériens de l'imprimeur que quelques vaches laitières pour donner l'illusion d'un coin normand.

La Bromidrose fétide des Allemands

Par M. le Docteur BÉRILLON

> Au point de vue de la défense de la race, l'odorat est encore la sentinelle la plus vigilante. Il ne supporte rien, alors que l'ouïe et la vue ne sont que trop portées à se laisser suborner et illusionner.
>
> Dr BÉRILLON

Un grand nombre de médecins français, lorsqu'ils ont eu à soigner des blessés allemands, ont reconnu spontanément qu'une odeur spéciale, très caractéristique, émanait de ces blessés. Tous sont d'accord pour affirmer que cette odeur, par sa fétidité, affecte péniblement l'odorat. En effet, dans un hôpital ou une ambulance, elle est appréciable même lorsqu'il ne s'y trouve qu'un seul blessé allemand. On la perçoit déjà à une certaine distance du lit, et elle vous poursuit lorsqu'on s'en éloigne, parce qu'elle reste fixée sur les vêtements et sur les objets qui ont été en contact avec le malade.

L'enquête que j'ai entreprise sur cette question est venue pleinement confirmer mes impressions personnelles antérieures.

Il n'est pas douteux qu'il se dégage des Allemands une odeur spécifique, *sui generis*, et que cette odeur est particulièrement fétide, nauséabonde, imprégnante et persistante.

On ne la constate pas seulement chez les sujets blessés ou malades. Elle est également l'apanage de ceux qui sont bien portants. Plusieurs officiers français m'ont déclaré qu'ayant eu à accompagner des détachements de prisonniers allemands ils étaient obligés de détourner la tête tant l'odeur nauséabonde qui se dégageait de ces hommes les incommodait.

Des officiers d'administration, ayant dans leurs attributions de recueillir et de classer les objets trouvés sur les prisonniers, m'ont dit que les billets de banque trouvés sur les Allemands étaient imprégnés à un tel point de cette odeur desagréable qu'ils étaient dans la nécessité de les désinfecter. Il en était de même pour les divers papiers et tous les autres objets.

La bromidrose (de βρῶμος, puanteur et ἱδρώς sueur) est une des affections les plus répandues en Allemagne. La preuve de sa fréquence résulte de l'importance qui lui est attribuée dans les Traités spéciaux consacrés aux maladies cutanées. La description la plus complète de la bromidrose généralisée a été faite par Hébra ; c'est lui qui, après en avoir constaté l'extrême fréquence chez les sujets allemands, lui a donné son nom. Il l'attribuait à une exagération de la *materia perspiratoria* due, selon lui, plutôt à l'exagération sudorale qu'à l'altération des produits sécrétés.

Lassar, dans son traité classique, en a fait l'objet d'un de ses chapitres les plus importants. Tous les formulaires allemands contiennent également de nombreuses recettes destinées à atténuer les inconvénients de la sueur fétide et en particulier de la bromidrose plantaire.

Par un contraste saisissant, les formulaires français n'abordent même pas la question.

Dans le formulaire magistral de Bouchardat, il n'est pas fait mention d'une seule formule, contre la sueur fétide des pieds. Le formulaire de Gilbert et Yvon n'en renferme qu'une seule.

Les exhalaisons fétides qui émanent de tout groupement d'Allemands, qu'il soit composé d'éléments civils ou militaires, ont été l'objet de nombreuses constatations. Ainsi, en Alsace, c'est une habitude de dire que lorsqu'un régiment allemand passe, l'odeur nauséabonde qu'il a dégagée ne met pas moins d'une demi-heure à se dissiper. Plusieurs aviateurs m'ont affirmé que lorsqu'ils arrivent au-dessus d'agglomérations allemandes, ils en sont avertis par une odeur dont leurs narines sont affectées, même lorsqu'ils survolent à une très grande hauteur.

Récemment, des infirmières m'ont rapporté qu'une de leurs collègues, désignée pour assister à une séance de vaccination de prisonniers allemands, avait rapporté dans ses vêtements l'odeur spécifique de ces hommes et qu'elle l'avait conservée pendant plusieurs heures.

Le chirurgien Bazy me disait il y a quelques jours, à l'Hôpital Beaujon, que, après la guerre de 1870, les casernes dans lesquelles avaient résidé les troupes du corps d'occupation allemande, conservèrent une odeur spéciale, très désagréable. Elle demeura nettement accusée pendant plus de deux ans après le départ des troupes, aucun des procédés de désinfection mis en usage ne parvenant à la neutraliser.

La bromidrose localisée à la région plantaire, ou généralisée à toute l'étendue de la surface cutanée, est une affection endémique dans les quatre provinces du Brandebourg, du Mecklembourg, de la Poméranie et de la Prusse orientale. Son intensité varie naturellement avec les variétés atmosphériques, thermiques, alimentaires et hygiéniques ; mais elle y existe à l'état permanent et se retrouve dans toutes les classes de la société. C'est une affection originairement prussienne ; par la diffusion de l'élément prussien et par son mélange avec les autres éléments allemands, elle s'est étendue à toute l'Allemagne.

La famille régnante des Hohenzollern lui a, de tout temps, payé un large tribut. Malgré les précautions de tout ordre auxquelles il a journellement recours, en dépit des formalités, des prescriptions de caractère souvent injustifiable et incompréhensible dont ses déplacements sont entourés, le chef actuel de cette dynastie n'est pas parvenu à la dissimuler, elle figure au nombre des tares multiples de dégénérescence dont il est frappé. Il n'est pas arrivé à la soustraire à la perception olfactive particulièrement indiscrète de ses familiers. Ces constatations ont, dans le milieu impérial, donné lieu à un certain nombre d'allusions du goût le plus douteux.

Par l'existence de cette bromidrose familiale et par les soins constants qu'elle nécessite, on peut seulement arriver à expliquer une des manies les plus singulières de l'auguste monarque. On sait qu'à l'occasion de chacun de ses séjours dans les villes où il n'y a pas de résidence impériale, les hôtes du kaiser sont tenus de pourvoir, à grands frais, sur les indications de l'architecte de la cour, à la construction d'un cabinet de toilette extrêmement luxueux. Ce *buen retiro* confortable, exclusivement réservé à la personne du kaiser, ne doit avoir qu'une durée très éphémère. Il est condamné à disparaître après la visite impériale ; aussi on comprend qu'un certain nombre de particuliers et de municipalités aient, malgré l'honneur qui leur était fait, reculé devant une dépense jugée trop élevée pour son caractère provisoire.

Dans une circonstance analogue, la ville de Cologne n'hésita pas à construire un cabinet de toilette dont la construction revint à vingt mille marks, et qui ne fut utilisé qu'une seule fois. Plus avisée, la municipalité socialiste de Nuremberg s'en tira à meilleur compte. Sur la proposition d'un édile ingénieux, l'édifice, sous les apparences d'un luxe exagéré, ne revint qu'à deux cents marks, ayant été édifié à grand renfort de stuck et de carton doré.

Les inconvénients de la bromidrose dont sont affectés les soldats allemands ne sont d'ailleurs pas méconnus par le grand état-major. Des mesures spéciales ont été prescrites pour y remédier. Chaque année, des désinfections générales sont faites au moment des inspections, afin que l'odorat des généraux ne soit pas soumis à une trop rude épreuve. Ces nettoyages sont surtout appliqués avec rigueur au moment de l'incorporation des recrues.

C'est qu'il est fréquemment arrivé que de

jeunes soldats allemands aient été suffoqués par l'odeur fétide qui se dégageait des pieds de leurs camarades. Des personnes bien renseignées m'ont assuré que c'était à ce dégoût qu'il fallait attribuer un certain nombre des désertions, si fréquentes. Beaucoup de jeunes Alsaciens-Lorrains déclarent que, dans les casernes allemandes, leur odorat est continuellement soumis au plus douloureux des supplices. Ceux qui ont eu l'occasion de servir en France ont assuré qu'aucune impression olfactive aussi désagréable ne les avait frappés de ce côté-ci du Rhin.

Cela s'explique par le fait que la bromidrose plantaire figure en France au nombre des cas d'exemption et que ceux qui en sont atteints sont l'objet d'éliminations très strictement appliquées.

Un préfet qui a suivi les conseils de révision dans les départements de France les plus différents, me disait que malgré la rigueur de ces éliminations, on ne rencontrait pas plus d'un cas d'exemption sur quatre ou cinq mille conscrits. Il se souvient d'ailleurs que la physionomie de ces exemptés se rapportait au type qu'on désigne actuellement sous le nom de type « boche ».

Un Alsacien, auprès duquel je me renseignais pour savoir si des exemptions du service militaire était faites en Allemagne pour le même motif, me répondit avec humour : « Si on se mettait en Allemagne à exempter les soldats pour cause de puanteur des pieds, il serait absolument impossible de recruter la garde impériale. »

Dans un travail très documenté sur *les odeurs du corps humain*, et qui fut récompensé en 1885, par le prix biennal à la Société de médecine pratique, le Dr E. Monin a mis en lumière un certain nombre de particularités qui se rattachent aux émanations odorifiques de l'homme, tant à l'état de santé que dans celui de maladie. Dans une étude publiée en 1908, par la *Revue de l'hypnotisme*, sous le titre : *Psychologie de l'olfaction*, j'ai indiqué l'importance du rôle joué par les odeurs spécifiques des diverses races sur les affinités des peuples et leurs relations économiques.

Les antagonismes, si fréquents entre les hommes de race différente, ont souvent leur cause principale dans des antipathies sensorielles et en particulier dans des impressions d'ordre olfactif.

Les habitants de l'Egypte ancienne se rendaient un compte exact de l'importance jouée par l'odeur humaine dans les relations sociales. Le baron Textor de Ravisi, au Congrès des Orientalistes de 1880, démontrait en effet que les anciens Egyptiens ne reconnaissaient comme des frères que ceux qui réunissaient un certain nombre de conditions, et en particulier exhalaient la même odeur qu'eux-mêmes.

Que les Allemands exhalent une odeur corporelle différente de celle des Français, cela ne fait aucun doute ; que cette odeur revête un caractère de fétidité très marqué, cela est démontré par la préoccupation de leurs dermatologistes et par celle du grand état-major allemand d'en atténuer les effets. Apprécier le rôle joué par la guerre dans l'accentuation de cette odeur est une tâche assez difficile, même pour un psychologue de carrière.

L'influence du système nerveux sur l'activité des sécrétions urinaires, alvines, glandulaires et cutanées a été mise en lumière par divers auteurs. La répercussion des états émotifs profonds tels que la peur, la colère, la vanité froissée, l'humiliation, la jalousie sur l'accentuation des odeurs organiques est un fait moins connu. Il n'en est pas moins très réel et j'ai eu la possibilité d'en recueillir de nombreux exemples. Plusieurs examinateurs m'ont assuré que, pendant les chaleurs de l'été, sous l'influence de l'émotion, l'odeur des candidats revêtait une fétidité intolérable. Des personnes qui ont eu des Allemandes à leur service ont constaté que malgré des soins de propreté très minutieux, la moindre contrariété avait pour effet de provoquer chez ces personnes des émanations cutanées d'une odeur insupportable.

La mentalité des Allemands de tout temps a été caractérisée par un orgueil hypertrophié, une impulsivité et une irritabilité maladives.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la bromidrose spéciale à la race s'accentue chaque fois que leur vanité et leur susceptibilité auront été soumises à l'épreuve d'une humiliation ou même d'un simple froissement.

Ainsi s'explique la rougeur dont s'empourpre le visage de leurs officiers sous l'influence de la moindre résistance à leurs ordres ou de la moindre contrariété.

L'Allemand qui n'a pas développé le contrôle de ses impulsions instinctives n'a pas cultivé davantage la maîtrise de ses réactions vasomotrices. Par là, il se rapprocherait de ces espèces animales chez lesquelles la peur ou la colère ont pour effet de provoquer l'activité exagérée de glandes à sécrétion mal odorantes.

Cependant, même dans la période de paix, l'odeur des Allemands présentait les mêmes caractères de fétidité, et j'en ai recueilli d'innombrables preuves. Les faits suivants tendraient même à prouver que l'alimentation ne joue aucun rôle dans cette fétidité. Une famille alsacienne, plusieurs années avant la guerre de 1914, ayant loué un appartement à un officier supérieur ne put, après son départ, prendre possession des pièces avant de les avoir complètement remises à neuf. Cependant cet officier s'était depuis longtemps soumis à un régime culinaire des plus atténués.

Un hôtelier du quartier latin a dû faire désinfecter des chambres occupées par des étudiants allemands, dont le régime n'était pas différent de celui de ses autres pensionnaires dont l'odeur ne comportait aucune particularité spéciale.

De nombreux faits de bromidrose fétide chez les Allemands ont été constatés dans des circonstances analogues. Dans les hôtels de la Riviéra, les chambres qui ont été occupées par des Allemands conservent indéfiniment cette odeur spéciale, très pénible pour les odorats sensibles. Elle explique pourquoi les hôtels où descendent les Allemands, sont en grande partie délaissés par les voyageurs des autres nationalités. Les imprégnations de cette odeur se retrouvent dans les placards, les armoires, les meubles dans lesquels des vêtements ont été renfermés, mais elle a surtout son lieu d'élection dans les tables de nuit.

Cette particularité, comme me le faisait remarquer M. le professeur Albert Robin, s'explique parfaitement par ce que nous savons de la composition générale de l'urine allemande. Les traités spéciaux sur la question indiquent que la proportion d'azote toxique s'élève en Allemagne à 20 0/0, alors qu'elle n'est que de 15 0/0 dans les autres pays. Alors qu'en France le coefficient d'utilisation azotée s'élève à 85 0/0, s'éliminant sous forme d'urée, chez les Allemands le coefficient s'abaisse et n'est en moyenne que de 80 0/0.

Le coefficient urotoxique est donc chez les Allemands au moins d'un quart plus élevé que chez les Français. Cela veut dire que si 45 centimètres cubes d'urine française sont nécessaires, pour tuer un kilogramme de cobaye ; le même résultat sera obtenu avec environ 30 centimètres cubes d'urine allemande.

Si l'odeur des excrétions sudorales imprègne déjà si fortement les armoires où ont été suspendus des vêtements portés par des Allemands, il ne faut pas s'étonner que les tables de nuit où leur urine a séjourné soient si fortement imprégnées d'une odeur véritablement nauséabonde.

L'odeur des Allemands n'est donc pas spéciale aux gens de guerre. Elle existe également dans le civil. Il n'en pourra être autrement tant que les soldats, comme on l'a dit plaisamment, seront recrutés dans le civil.

Les femmes allemandes ne sont pas d'ailleurs mieux partagées sous ce rapport. Depuis longtemps la transpiration fétide des pieds m'avait été signalée comme le principal inconvénient résultant de l'emploi des bonnes allemandes si empressées à offrir leurs services dans notre pays. Plusieurs directrices de bureaux de placement m'ont dit que les antichambres dans lesquelles séjournent les domestiques en quête de travail étaient rapidement remplies d'une odeur intenable dès que plusieurs bonnes allemandes s'y trouvaient réunies.

Il s'agit donc d'une odeur de race, identique à elle-même, qu'on retrouve chez la grande majorité des individus allemands. Cette odeur, par l'effet des soins de propreté, de pratiques d'hygiène spéciale, de l'usage de désinfectants, est moins appréciable dans les classes riches ou aisées ; elles n'en est pas moins sensible pour un odorat délicat.

Elle n'est pas particulièrement liée à la couleur des poils. Elle émane des individus bruns aussi bien que des blonds roux.

Une différence sensible existe cependant entre les émanations des uns et des autres. Tandis que chez les bruns, un examen attentif rappelle l'odeur du boudin dans lequel on aurait incorporé de l'encens ou du musc, chez les blonds, on perçoit l'odeur de la graisse rance, avec les senteurs aigres qui se révèlent à l'approche des fabriques de chandelles.

L'impression ressentie est exprimée d'une manière différente par les observateurs. Les uns disent que l'odeur de l'Allemand est analogue à celle qui se dégage des clapiers de lapins. D'autres la comparent à un relent de ménageries mal tenue, pendant l'été. Il en est aussi qui se rattachent à l'odeur aigrelette des fermentations lactiques, de la bière répandue sur le sol, de barils ayant renfermé des salaisons, du petit salé. J'ai entendu exprimer l'opinion que l'odeur exhalée par les Allemands est analogue à celle qu'on perçoit chez un grand nombre de vieillards arrivés à la période de la décrépitude. Faudrait-il en conclure que la race allemande est arrivée à la vieillesse ?

Il s'agit, en réalité, d'une odeur composite, de laquelle un odorat exercé pourrait seul dégager les éléments disparates.

Au premier rang de ces éléments constitutifs de l'odeur allemande, je puis indiquer :

1° L'*odeur hircinique* qui émane des aisselles et a reçu son nom de l'analogie qu'elle présente avec l'odeur du bouc. Elle tendrait à prédominer chez les Bavarois et les Allemands du Sud ;

2° L'*odeur butyrique*, dont le siège d'élection se trouve dans les interstices des doigts des pieds et qui est en rapport avec le tempérament, le développement graisseux et le tempérament lymphatique d'un grand nombre d'individus de race allemande.

Elle est assurément plus accentuée chez les Allemands du Nord et chez les Prussiens ;

3° L'*odeur spermatique*, qui s'explique par l'aptitude bien connue des Allemands à jouer le rôle d'animal reproducteur. L'odeur spermatique dont est imprégnée la chair des animaux reproducteurs est une des causes pour lesquelles il est souvent difficile de la livrer à la consommation. Or, la sécrétion des glandes séminales est douée d'une activité particulièrement intensive chez les Allemands ;

4° L'*odeur de scatol* en rapport avec la production excrémentitielle vraiment prodigieuse des Allemands. Les quantités de matières fécales laissées dans tous les endroits où des Allemands ont établi leurs cantonnements dépasse tout ce qu'on peut imaginer.

Dans des conditions identiques de nombre et de séjour, la proportion des résidus d'éva-

cuations fécales des Allemands s'élève à plus du double de celle des Français.

D'importantes constatations ont été faites à ce sujet dans de nombreux pays. Je mentionnerai seulement ce cas particulier. Dans les usines des papeteries de Chenevières, en Meurthe-et-Moselle, cinq cents cavaliers allemands ont résidé pendant trois semaines.

Ils ont encombré de leurs déjections toutes les salles de l'usine. Une équipe d'ouvriers a mis une semaine pour retirer de l'usine *trente mille kilos* de matières fécales. Les dépenses de cet enlèvement se sont élevées à un prix très élevé. L'amas de ces déjections a été photographié, il s'élève à une hauteur à peine croyable.

5° Les *odeurs ammoniacales*. Celles-ci jouent assurément un rôle considérable dans la constitution de l'odeur des Allemands. Il en est de même de certains *éthers* résultant de l'assimilation incomplète des ingesta alimentaires.

Il convient d'ajouter aux odeurs précédentes celle qui provient de la *séborrhée du cuir chevelu*, si fréquente chez les Allemands, séborrhée dont l'activité ne peut qu'être entretenue par l'usage du casque à pointe, cette coiffure aussi anti-hygiénique qu'inesthétique, dont le principal inconvénient résulte de son imperméabilité.

De mes recherches sur la question de l'odeur de la race allemande, je suis arrivé à la conclusion qu'il s'agit non d'une odeur due à des conditions spéciales d'hygiène ou d'alimentation, mais d'une odeur spécifique de race. Cette odeur aurait son origine dans l'influence particulière du sol, ce serait en quelque sorte une odeur de *terroir*. Cette opinion devient encore plus plausible si l'on considère que les animaux qui en Allemagne vivent à l'état sauvage, présentent une constitution organique très différente des animaux vivant en France dans les mêmes conditions.

Il y a une très grande différence entre la chair et le fumet des lièvres allemands et ceux des lièvres français. Il en est de même des chevreuils et des cerfs. Cela est tellement connu des gourmets que le gibier allemand est systématiquement exclu des maisons de premier ordre.

Les modifications imprimées par le sol sur les races animales s'étendent également à l'espèce humaine. Déjà on avait été frappé du fait que certaines races sont plus sensibles à certaines maladies infectieuses. Velpeau expliquait la faiblesse de résistance de certaines races aux conséquences des opérations chirurgicales en disant : « La chair du noir n'est pas celle du blanc. Leur chair est autre. » Nous répéterons : « La chair de l'Allemand n'est pas celle du Français ; elle est autre. » A beaucoup d'indices nous serions tentés de considérer qu'au point de vue physique et mental, il y aurait même plus de différence entre un Français et un Allemand, qu'il n'y en a entre un blanc et un nègre.

L'odeur qui s'exhale de l'Allemand présente des caractères particuliers. Si de ses émanations cutanées se dégage une telle impression de fétidité, de décomposition organique, cela tient à une transformation héréditaire de son chimisme organique.

La densité, c'est-à-dire le rapport de la masse à son volume n'est assurément pas la même chez le Français que chez l'Allemand. Le poids spécifique des individus de race française est certainement notablement supérieur à celui de ceux de race allemande.

L'expérience d'Archimède appliquée aux uns et aux autres en donnerait immédiatement la démonstration absolue.

La prédominance du tempérament lymphatique chez les Allemands, la mollesse générale de leurs tissus, leur tendance à la prolifération adipeuse peut apporter d'utiles explications des particularités mal odorantes de leur race.

Les réactions de la matière vivante, à tous leurs degrés de complexité et dans toutes leurs manifestations ne sont, comme l'enseignait Claude Bernard, que celles de combinaisons chimiques élémentaires constituant la substance même de ces organismes. Les conditions d'existence résultant de la constitution du sol, des habitudes alimentaires dérivées de ses produits, les influences du climat, le rythme moteur spécial à la constitution organique des ancêtres, les habitudes mentales entretenues et cultivées par les coutumes et les traditions, ont, par l'hérédité, constitué en Allemagne une race douée de réactions chimiques particulières.

La principale particularité organique de l'Allemand actuel c'est qu'impuissant à amener par sa fonction rénale surmenée l'élimination des éléments uriques, il y ajoute la région plantaire. Cette conception peut s'exprimer en disant que l'Allemand *urine par les pieds*. C'est, en effet, en partie à l'usage des bottes, si répandu dans la nation allemande, qu'il faut reporter l'origine de la prolifération et de l'hypersécrétion des glandes sudoriques de la région plantaire. Cette hypersécrétion, cultivée pendant de longs siècles, a fini par se transformer, par l'hérédité, sous l'influence de la prédisposition lymphatique, en caractère fixe, c'est-à-dire en un caractère de race.

Au point de vue du retentissement de l'alimentation sur l'organisme de ses compatriotes, Nietzsche ne disait-il pas : « Si l'on considère la cuisine allemande dans son ensemble, que de choses elle a sur la conscience : les légumes rendus gras et farineux, l'entremets dégénéré au point qu'il devient un véritable presse-papier ! Si l'on y ajoute encore le besoin véritablement animal de boire après le repas, en usage chez les vieux Allemands, et non pas seulement chez les Allemands *vieux*, on comprendra ainsi l'origine de l'esprit allemand, de cet esprit qui vient des intestins affligés. *L'esprit allemand est une indigestion, il n'arrive à en finir avec rien.* »

De ce que pensait Nietzsche de l'influence de l'alimentation sur la lourdeur d'esprit des Allemands, on peut légitimement déduire des conséquences analogues dans le domaine organique. A la longue, par le ralentissement des échanges et par l'encombrement des voies d'évacuation, par le retard apporté dans l'élimination des produits toxiques, s'explique la constitution physico-chimique d'où résulte l'odeur spécifique des Allemands.

La sélection et l'hérédité ayant pour effet de réaliser non seulement la fixité, mais encore l'accentuation des caractères acquis, il est vraisemblable que les conditions organiques desquelles procèdent ces exhalaisons, ne pourront que s'aggraver. C'est qu'à la « Kultur » mentale dont ils sont si fiers, correspond une « Kultur » animale dont les Allemands ont paru jusqu'ici tirer moins de vanité.

Il est possible que les Allemands objectent que notre appréciation objective à l'égard de leur odeur spécifique, leur apparaît inspirée de quelque partialité subjective.

A cela il me sera facile de répondre par la citation d'un des proverbes les plus usités dans les milieux populaires allemands : Chacun ici trouve que son excrément ne sent pas mauvais : « *Eigen Dreck stinckt nicht.* »

En dotant les corps et les individus nuisibles d'odeurs capables de nous avertir de leur présence, la nature avait pour but de pourvoir à notre sécurité. Ne pas tenir compte de ses avertissements serait le témoignage d'une dégénérescence de notre instinct de conservation. Si, comme le disait Cloquet, l'odorat est à la fois l'organe de l'instinct et de la sympathie, ne soyons pas surpris que les hommes doués d'un « flair » normal n'accordent leur confiance qu'à ceux dont l'odeur ne nous inspire ni dégoût ni antipathie.

Constipation et Grossesse

Des multiples misères qui accablent les femmes enceintes, la constipation est l'une des plus fréquentes.

Rien n'est moins pour surprendre.

Déjà, les femmes non gestantes sont fréquemment constipées. Ce trouble de leurs fonctions relève des causes les plus variées.

Tantôt, il est le fait d'habitudes vicieuses, d'un défaut de fonctionnement des organes et tantôt, il se trouve lié à des troubles pelviens venant déterminer un obstacle mécanique à l'exercice régulier de la fonction. Ceci, en particulier, se rencontre chez les femmes atteintes de rétroversion utérine.

Mais, à cet égard, il est à relever que chez les femmes enceintes cette entrave spéciale à la défécation est plus particulièrement fréquente.

Du fait de son augmentation considérable et progressive de volume, l'utérus ne tarde pas, dans de nombreux cas au moins, à venir comprimer plus ou moins complètement le rectum, créant ainsi une entrave réelle à l'écoulement régulier des matières fécales. Celles-ci, évidemment, finissent toujours par franchir la barrière. Mais ce n'est toutefois qu'à intervalles prolongés et irréguliers, qu'après une rétention excessive dont les inconvénients très sérieux ont depuis longtemps été signalés par tous les accoucheurs.

Comment remédier au mal ?

Communément, on a recours à l'emploi de laxatifs ou encore à celui des lavages intestinaux répétés.

Mais, ces pratiques, dont le moindre inconvénient est, à la longue, d'accentuer l'atonie intestinale, c'est-à-dire d'aggraver le mal au lieu de lui apporter une atténuation, ne constituent pas une médication rationnelle.

Purement symptomatiques, elles ne répondent pas à cette indication capitale de toute thérapeutique rationnelle, qui est de s'adresser à la cause même du mal.

En réalité, en l'état de gestation comme en toute autre époque de sa vie, il ne saurait y avoir pour la femme — et il en est du reste de même pour l'homme — qu'un seul traitement réellement judicieux de la constipation, qui ne peut être qu'un traitement rééducateur de l'intestin.

Et voici comment et pourquoi, à la femme enceinte dont les fonctions évacuatrices ne s'exercent pas de façon régulière, il convient de prescrire le jubol qui, de par sa composition à base d'agar-agar, d'extraits biliaires et de toutes les glandes intestinales se trouve constituer le remède par excellence de la constipation.

Celle-ci, du reste, est dans la circonstance d'autant plus importante à combattre que chez la femme gravide, la circulation de retour s'effectuant le plus souvent avec peines, les varices et par suite les hémorroïdes, sont extrêmement fréquentes.

Le jubol en rendant aux fèces les qualités normales propres à favoriser leur expulsion s'oppose ainsi tout naturellement à la congestion du plexus veineux qui accompagne toujours la constipation et constitue une de ses principales causes déterminantes.

En l'espèce en cours, en effet, tout se tient. La constipation amène les hémorroïdes qui, elles-mêmes, entretiennent la constipation.

Et c'est justement parce que le jubol supprime celle-ci qu'il guérit si bien celles-là et c'est aussi pourquoi son emploi régulier doit faire partie de l'hygiène courante de toute femme enceinte.

La Pyoculture

Par M. le Dr PIERRE DELBET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Necker

Les examens bactériologiques courants — frottis et cultures — ne renseignent pas sur la gravité de l'infection d'une plaie.

La présence de certains microbes dans le pus ne permet pas d'affirmer que le type d'infection dont ils sont capables sera réalisé. Par exemple on trouve du vibrion septique et du bacillus perfringens chez des blessés qui n'ont pas de gangrène gazeuse.

L'inoculation des cultures aux animaux ne renseigne pas davantage. J'ai vu le perfringens provenant de moribonds ne produire aucune lésion chez le cobaye. Inversement, j'ai vu le vibrion provenant d'un malade dont l'état général était satisfaisant tuer le cobaye en trois jours.

La mesure du pouvoir opsonique du sérum sanguin ne peut renseigner sur l'évolution d'une plaie parce que l'état local joue un rôle très important. La dilacération des tissus et des muscles est un des principaux facteurs de gravité des infections que nous observons actuellement. Il suffit pour s'en rendre compte de constater que telle culture de perfringens qui ne produit rien chez l'animal si on l'injecte avec précaution est capable de le tuer si on dilacère les muscles avec l'aiguille.

Je me suis demandé si l'on ne pourrait pas être renseigné sur le complexe d'éléments d'où dépend la gravité de l'infection d'une plaie en cultivant les microbes dans le pus lui-même.

Un grand nombre de propriétés des humeurs se conservent *in vitro* — les globules blancs, qui sont si nombreux dans certains pus, sont capables de vivre hors de l'organisme. On pouvait donc espérer que les sécrétions d'une plaie étant placées dans une étuve à l'abri de la dessication seraient le siège de phénomènes capables de renseigner sur les relations du malade et de la plaie avec les microbes et que la pyoculture donnerait des renseignements importants sur l'évolution de l'infection, c'est-à-dire sur le pronostic et partant sur les indications thérapeutiques.

Il m'a semblé que si les conditions générales et locales étaient telles que le malade ne puisse pas lutter contre les microbes, ceux-ci seraient en grand nombre, et cultiveraient abondamment dans les sécrétions de la plaie. Si au contraire ces conditions permettaient la lutte, les microbes cultiveraient peu et moins par exemple que dans un bouillon ordinaire. Enfin si ces conditions avaient permis le triomphe du malade, les microbes ne cultiveraient pas dans les sécrétions de la plaie et peut-être même y seraient détruits. On aurait ainsi trois états correspondants au triomphe des microbes, à la lutte, au triomphe du malade.

L'expérience a montré la légitimité de ces hypothèses.

Voici comment je procède.

Je prélève du pus de la plaie suivant la technique habituelle. Avec le contenu de la pipette, je fais un frottis sur lame, un ensemencement sur bouillon peptoné, puis je referme la pipette à la lampe et en la préservant de l'évaporation, je la place à l'étuve en même temps que le tube ensemencé.

Vingt-quatre heures après, je fais des préparations avec le contenu de la pipette et avec le bouillon. C'est de la comparaison de ces préparations que l'on peut tirer des renseignements précieux sur le pronostic et sur les indications opératoires.

Ne pouvant envisager ici toutes les éventualités possible, je me borne au cas type.

La pyoculture positive (culture abondante dans le pus, plus abondante que dans le bouillon) indique un pronostic très grave et commande les larges débridements.

La pyoculture nulle (pas de culture dans le pus, culture dans le bouillon) indique une lutte qu'il faut aider par la thérapeutique.

La pyoculture négative (bactériolyse des microbes dans le pus) indique le triomphe du malade et commande l'abstention.

Dans les plaies de guerre, les espèces microbiennes sont le plus souvent très nombreuses et les humeurs n'ont pas toujours les mêmes propriétés vis-à-vis de chacune d'elles. La pyoculture est souvent élective. Certains microbes peuvent être tués tandis que d'autres se développent dans le pus. Ces divers états s'expriment aisément par des formules de ce type. — Pyoculture positive en streptocoque, négative en perfringens ou bien — négative en staphylocoque, positive en vibrion.

Pour tirer des indications pronostiques et thérapeutiques de ces formules complexes, il faut songer que la gravité immédiate, le danger pressant vient surtout du perfringens et du vibrion.

On pourrait penser qu'il y a toujours concordance entre les données de la clinique ordinaire et ceux de la pyoculture. Dans ce cas, cette dernière n'aurait pas d'intérêt pratique, mais il n'en est rien.

Bien évidemment les divergences ne peuvent être que transitoires. Si elles allaient s'accentuant, la pyoculture ne vaudrait rien pour une autre raison plus fondamentale, elle ne nous renseignerait pas sur l'évolution d'une plaie infectée. Les courbes se rejoignent mais dans la période de début, elles peuvent diverger notablement et c'est dans cette période que la thérapeutique a le plus de chances de succès.

Ne pouvant citer ici les observations, je dirai seulement que la pyoculture m'a permis d'une part de faire certaines interventions précoces qui ne paraissaient pas indiquées par la clinique et qui, j'en ai la conviction, ont sauvé les malades, d'autre part d'éviter certaines opérations qui paraissaient indiquées par la clinique et qui auraient été au moins inutiles.

J'ajoute que la pyoculture en donnant la possibilité de faire à chaque instant le bilan du malade et des microbes permet d'étudier l'action des agents thérapeutiques employés et que peut-être elle facilitera l'étude des processus de défense.

REVUE DE PATHOLOGIE

Glycuronurie normale et pathologique

par M. le docteur ROGER

Professeur de pathologie à la Faculté de Médecine de Paris

et M. le Docteur CHIRAY

On sait qu'après l'injection de certaines substances, telles que le camphre ou l'hydrate de chloral, l'urine acquiert le pouvoir de réduire la liqueur de Fehling. Cette action est due à la présence d'un corps dérivé du glycose, l'acide glycuronique.

Cet acide, dont la recherche est assez simple, se trouve constamment dans l'urine normale. La quantité varie avec le régime. Elle augmente sous l'influence de l'alimentation carnée, diminue à la suite du régime lacté ou de l'inanition. Mais il suffit de donner aux sujets cinquante centigrammes de camphre pour voir réapparaître la réaction normale. Cette épreuve du camphre permet de différencier les variations liées au régime de celles qui sont dues aux influences pathologiques.

Il résulte de nos recherches que la glycuronurie diminue et finit par disparaître au cours des cirrhoses atrophiques. On peut par ses variations suivre la marche du processus ou du moins déterminer l'état des cellules hépatiques. La réaction est également utile pour établir un diagnostic et un pronostic. Dans un cas de péritonite tuberculeuse, la présence de l'acide glycuronique nous permet d'éliminer le diagnostic de cirrhose. Réciproquement, chez une femme dont l'acide était attribué à une tumeur abdominale, l'absence de glycuronurie nous fit porter le diagnostic de cirrhose, diagnostic confirmé par l'autopsie.

C'est à l'insuffisance des cellules hépatiques et non au régime qu'il faut attribuer les résultats. Car l'épreuve du camphre ne fait pas réapparaître la réaction.

Parmi les autres résultats que nous avons obtenus, nous signalerons ceux fournis par l'étude du diabète. Nous avons examiné l'urine de 17 diabétiques atteints de formes cliniques les plus diverses. Dans tous les cas, sans exception, malgré un régime carné abondant, malgré l'injection du camphre, l'urine n'a jamais contenu d'acide glycuronique, de même que l'organisme du diabétique est incapable d'utiliser le sucre pour ses besoins nutritifs, il se trouve dans l'impossibilité de produire l'acide glycuronique qui semble destiné à remplir un rôle antitoxique.

Les faits que nous avons observés nous permettent de conclure que la recherche de l'acide glycuronique permet d'apprécier, au cours des états morbides les plus divers, le fonctionnement de la cellule hépatique et son aptitude à fixer le glycogène et le glycose.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Infection puerpérale à début tardif

Par M. G. KEIM

L'infection puerpérale vraie débute généralement très peu de temps après l'accouchement. Il est exceptionnel qu'elle puisse apparaître après une période d'apyrexie complète et d'état physiologique de dix jours et à l'occasion du lever. L'observation que je présente est intéressante à ce titre.

Mme L..., 19 ans, 1-pare sans antécédents héréditaires, ni personnels. Les dernières règles datent du 26 février 1913. La grossesse est normale, sans incidents. Pas de constipation. Pas de leucorrhée. Les premières douleurs apparaissent le 11 décembre au matin, les contractions sont régulières. L'enfant se présente en O. I. D. P, le col est effacé, la dilatation lenticulaire, les membranes rompues. La parturiente ne s'est pas aperçue de l'écoulement du liquide amniotique et ne peut donner de renseignements sur le moment de la rupture.

A quatre heures du soir, la dilatation est de cinquante centimes, à neuf heures d'un franc, à deux heures du matin elle est de deux francs, et à huit heures de cinq francs. Enfin, à midi elle est complète.

A trois heures de l'après-midi, les bruits du cœur deviennent sourds, le confrère qui assiste la parturiente décide d'appliquer le forceps. Application en O I D P. Extraction d'un enfant du poids de 4.100 grammes, la tête est ossifiée. Il naît en état de mort apparente, mais est facilement ranimé au bout d'un quart d'heure d'efforts par des frictions d'alcool, la respiration artificielle et les tractions de la langue.

La délivrance est naturelle, vingt minutes

après l'accouchement. Légère déchirure périnéale. Par prudence il est fait une injection intra-utérine avec la solution Tarnier. Les suites de couches sont normales, apyrétiques, la montée laiteuse se fait le quatrième jour mais la mère ne nourrit pas. Les lochies s'écoulent normalement.

Le dixième jour Mme L... est placée sur une chaise longue et remise dans son lit dix minutes après.

Le onzième jour, voulant de nouveau se rendre sur la chaise longue, elle se sent fatiguée et regagne son lit. Elle a de l'anorexie. Le soir, la température jusqu'alors tout à fait normale monte à 38° 6, sans frisson. L'examen de tous les organes est négatif à ce moment. Les lochies étaient complètement arrêtées. L'analyse des urines faite décèle un peu d'albuminé.

Le lendemain matin, douzième jour, la température se maintient à 38°8 et, malgré l'absence de signes positifs, il est fait une injection intra-utérine iodée et une injection intra-musculaire de 10 cc. d'électrargol. On donne 0,30 centigrammes de chlorhydrate de quinine.

Le soir, la température est de 39°6. On fait une nouvelle injection intra-utérine qui est suivie de l'écoulement assez abondant d'un liquide séro-sanguinolent sans odeur. On donne une nouvelle dose de 0,30 centigrammes de quinine.

Le treizième jour au matin, la température est encore de 38°6, on fait une injection intra-utérine, de l'électrargol, et on redonne de la quinine.

A cinq heures du soir, sur la demande de l'entourage inquiet de la persistance de la température, je vois la malade avec mon confrère.

Je la trouve anxieuse, dyspnéique, avec un pouls rapide, la température est de 38°8. Rien au niveau des poumons, du cœur, du foie, des reins et des membres inférieurs. L'abdomen est météorisé et douloureux. Pas de résistance musculaire. La sensibilité est surtout localisée dans la région utérine. L'utérus remonte à trois travers de doigt environ au-dessus des pubis, il est sensible vers le fond et un peu sur les côtés. Au toucher je trouve le col ouvert, l'utérus est mou, douloureux et me paraît en antéversion. Les annexes sont normales. Il n'y a pas de couennes vulvaires ou vaginales. Il s'écoule un liquide de couleur brunâtre et odorant.

Vu la continuation de la fièvre, l'état de l'utérus, l'insuccès du traitement par les injections intra-utérines, je décide de faire un nettoyage utérin. L'intervention a lieu le soir même à neuf heures.

Le col se laisse facilement dilater avec les bougies d'Hégar. En introduisant l'une d'elle vers le fond de la cavité utérine pour la mesurer avant d'introduire la curette, je me rends compte qu'elle butte tout d'abord contre un obstacle qui cède presque de suite et immédiatement après j'ai l'impression que la bougie passe dans une nouvelle cavité. En même temps, la main gauche mise sur l'abdomen se rend compte que le fond de l'utérus a remonté vers l'ombilic. L'utérus a semblé se déplisser à vrai dire. En retirant la bougie d'Hégar il s'écoule une assez grande quantité de liquide odorant. Il existait donc au niveau du fond de l'utérus, au tiers supérieur de l'organe, une véritable plicature, beaucoup plus accentuée qu'une simple antéflexion, rare elle-même d'ailleurs à cette époque des suites de couches. Le déplissement avait contribué à vider plus complètement la poche formée du liquide qu'elle contenait.

L'opération fut simple. Je me rendis compte que l'insertion placentaire était au fond de l'utérus, d'ailleurs aucune rétention ni de cotylédons ni même de membranes, pas de caillots. Je finis l'opération par un écouvillonnage et un iodage de la cavité, sans injection intra-utérine, ni drainage.

Le lendemain, la malade fit encore une élévation de température ; le surlendemain elle revint à la normale. Dans la suite aucune complication, si ce n'est une crise de douleurs symphysiennes au moment du lever.

Remarques. — Ainsi donc chez une femme I-pare, accouchée au forceps, délivrée naturellement, avec des suites de couches tout à fait normales, il se produit des accidents d'infection puerpérale graves avec point de départ utérin, le 11e jour, au moment du lever. Ces accidents ne cèdent qu'après un nettoyage utérin qui produit un véritable déplissement du tiers supérieur de l'utérus formant pour ainsi dire cavité close.

A quoi peut-on attribuer cette infection puerpérale, à début si tardif, coïncidant avec le lever, et immédiatement grave ? Avant le curettage, on ne pouvait que faire des hypothèses.

S'agissait-il de lochiométrie dans un utérus paraissant légèrement antéversé ? Mais les lochies avaient coulé normalement pendant les suites de couches, sans odeur, sans coïncidence de couennes vulvaires ou vaginales et sans élévation de température.

Y avait-il infection du voisinage ancienne et latente, annexielle peut-être, se manifestant seulement au lever. Mais les annexes, les reins, l'intestin sont normaux. La douleur est localisée à l'utérus et la malade, primipare, n'avait aucun antécédent pathologique.

Pouvait-on enfin croire à une infection utérine, datant de l'accouchement lui-même et restée latente jusqu'au lever ; malgré l'accouchement dystocique au forceps la température avait été normale jusqu'au lever et la malade ne se plaignait d'aucune sensibilité, d'aucun malaise. L'involution utérine elle-même paraissait normale pour l'époque des suites de couches.

A mon avis et bien que ce soit là un cas dont je ne connais pas d'exemple, je pense qu'il faut incriminer ici une véritable plicature du tiers supérieur de l'utérus sur le tiers moyen. Comment s'est-elle produite et par quel mécanisme a-t-elle été cause des phénomènes infectieux ?

Il est vraisemblable qu'il y a pu avoir inertie partielle portant sur le tiers supérieur de l'utérus où était inséré le placenta et qui, n'ayant pas subi la rétraction du *post partum*, s'est affaissé ; il s'est formé ainsi un véritable vase clos contenant la surface d'insertion placentaire.

Il a pu de la sorte se produire des fermentations toxiques, dont le produit a passé dans la circulation générale au moment du lever, quand les mouvements, les contractions abdominales ont brassé l'utérus et réduit momentanément la plicature utérine.

Les accidents infectieux sont en effet en rapport direct avec le lever de l'accouchée. Se seraient-ils produits de même si le lever avait été retardé au-delà du dixième jour, c'est vraisemblable. Peut-être même y aurait-il pu y avoir des manifestations plus graves par suite de la rétention plus longue, ces accidents auraient pu même éclater spontanément, à l'occasion de mouvements au lit ou être l'origine de phlébite utérine ou même de phlegmatia d'après le mécanisme que j'ai eu l'occasion d'exposer ailleurs à diverses reprises (1).

Un lever plus précoce aurait-il pu prévenir les accidents infectieux ? Je pense que oui. Les mouvements, les contractions abdominales auraient réduit plus tôt la plicature utérine, auraient rendu à la totalité de l'utérus sa tonicité, la rétention n'aurait pu se produire.

C'est donc là un argument pour les partisans du lever précoce, avant le dixième jour, lever qui favorise la circulation abdominale, l'écoulement des lochies ainsi que la rétraction de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, il m'a paru intéressant de rapporter ce fait d'infection puerpérale grave à début tardif se produisant au moment du lever au cours de suites de couches jusqu'alors normales et lié à une véritable plicature de la partie supérieure de l'utérus (1).

(1) Keim. — Contribution au traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale. *L'Obstétrique*, 1900, p. 510.
Keim. — Pathogénie de la phlegmatia alba dolens puerpérale. *Presse Médicale*, 17 juillet 1907.
Keim. — De la responsabilité de l'accoucheur en cas de phlébite. *La Clinique*, 2 novembre 1912.

(1) Soc. de médec. de Paris.

REVUE DE PÉDIATRIE

La Bacillémie tuberculeuse primitive du premier âge

par M. ANDRÉ JOUSSET
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux

Lorsqu'on inocule le bacille tuberculeux au cobaye il se produit constamment, quel que soit le mode d'introduction du germe pathogène, une septicémie dont il est permis de discuter le moment d'apparition, l'importance et la durée, mais dont on ne saurait contester l'existence. Cette bacillémie mérite réellement le nom de primitive en ce sens qu'elle ne concorde avec aucune lésion macroscopique ou microscopique importante. Il n'en saurait d'ailleurs être autrement car quelques jours à peine la séparent de la date d'inoculation.

Ceci posé, je me suis demandé si l'infection humaine ne procédait pas de façon analogue, et si toute tuberculose ne comportait pas nécessairement à son origine une phase sanguine précédant l'édification tuberculeuse. Ce que l'on sait du caractère fruste et transitoire des décharges bacillémiques explique l'insuccès habituel de ce genre de recherches et lorsque par hasard la recherche est positive son interprétation soulève d'autres difficultés, car, de par la coexistence habituelle de lésions tuberculeuses anciennes, il devient difficile dans ces conditions de dire si la septicémie n'est pas plutôt effet que cause et si elle mérite réellement le nom de primitive.

Aussi convient-il d'opérer aux premiers âges de la vie sur des organismes forcément vierges de toute tuberculisation antérieure. Mais, comme les faits anatomiques, les épreuves locales à la tuberculine démontrent la précocité de la tuberculose infantile, j'ai pensé qu'il fallait chercher la bacillémie prétuberculeuse dès les premières semaines qui suivent la naissance. La plupart de mes recherches portent sur des nourrissons âgés de moins de trois mois, quelques-unes ont porté sur des sujets un peu plus âgés et elles sont uniquement cadavériques à cause des difficultés que comportent les prélèvements sanguins importants sur d'aussi jeunes sujets ; d'ailleurs, sur le cadavre soigneusement réfrigéré, il est très facile après enlèvement du volet thoracique de ponctionner aseptiquement le cœur et d'y puiser la quantité de sang nécessaire aux examens bactérioscopiques et aux inoculations.

Voici les résultats très inattendus que m'a fournis une longue série d'examens de ce genre pratiqués dans diverses crèches des hôpitaux parisiens et spécialement dans les services des professeur Hutinel et Marfan aux Enfants-Malades. J'ai ainsi constaté qu'il existe une bacillémie du premier âge dont aucun symptôme clinique et dont aucune lésion anatomique ne révèle l'existence, elle constitue une véritable surprise d'autopsie.

Avec tout autre microbe que le bacille de Koch il serait légitime, en invoquant la pullulation cadavérique des germes saprophytes, de refuser à ce genre de recherches la moindre signification pathologique. Mais le saprophytisme du b. de Koch est inconnu. Force est donc d'admettre que la seule présence des germes tuberculeux dans le sang cardiaque renforcée ou non par une multiplication agonique est l'indice d'une infection anormale de l'organisme vivant.

J'ai fait cette constatation sur six sujets de cinq à dix semaines et deux de six et sept mois considérés comme de vulgaires athrepsiques. A l'autopsie, aucune lésion tuberculeuse n'apparaissait à l'examen le plus scrupuleux. Deux fois, cependant, j'ai noté une légère décoloration du foie correspondant à de la stéato-nécrose et quatre fois des îlots de splénisation pulmonaire plus marqués au lobe inférieur droit dont la texture histologique n'offrait d'ailleurs rien de particulier. Un peu d'œdème alvéolaire accompagnait cet engouement congestif; mais on ne voyait aucune édification tuberculeuse. Ni les ganglions médiastinaux ou mésentériques, ni les amygdales ne présentaient de lésions perceptibles à l'œil nu. La rate n'était même pas augmentée de volume. Anatomiquement, cette septicémie, de par son isolement, méritait donc l'épithète de primitive. Il y a là une opposition remarquable avec l'état de stérilité habituelle du sang dans la tuberculose constituée, même dans le cas où elle revêt la forme granulique si commune chez l'enfant.

Quant au tableau clinique de ce genre d'infection, il est essentiellement banal : c'est celui de l'athrepsie avec accompagnement de troubles gastro-intestinaux vulgaires. La température est médiocre ou normale. Ajoutons que la cutiréaction y est plus souvent négative que positive.

Ce qui permettra parfois de soupçonner la bacillémie, c'est outre l'ambiance toujours suspecte du nourrisson malade, la persistance chez un enfant au sein convenablement et méthodiquement alimenté d'une diarrhée que rien n'explique et d'une déchéance cachectique progressive. La pâleur, la maigreur, l'adjonction quelquefois d'une petite toux et de râles pulmonaires fins doivent y faire songer. Si la température n'apporte généralement aucun renseignement de valeur, par contre la courbe des poids indiquant un abaissement quotidien régulier de 30 à 50 grammes ou davantage doit être considérée comme très suspecte. Un semblable amaigrissement est presque caractéristique de la toxi-infection bacillaire.

Ces constatations un peu imprévues appelleraient une série de commentaires et de considérations générales se référant à la légitimité des septicémies primitives, au grand problème de la pénétration du bacille de Koch dans l'organisme humain, aux réinfections tuberculeuses, à l'exactitude des lois de Conheim et de Parrot, enfin à la valeur et à l'interprétation des réactions tuberculiniques.....

..... Je n'ai voulu aujourd'hui que signaler à l'attention des pédiâtres, l'existence d'une bacillémie tuberculeuse latente du premier âge à laquelle il paraît logique d'imputer une part assez considérable de la mortalité infantile.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Blessures oculaires de guerre

Par M. le Docteur A. DARIER

Les huit mois de guerre que nous venons de traverser permettent déjà de se faire une idée de l'importance toute particulière des blessures de la face et plus spécialement des yeux. Au début des hostilités c'était surtout les membres inférieurs qui étaient le plus souvent frappés ; mais, depuis les combats des tranchées, la tête est bien plus exposée. Les blessures des yeux ont de ce fait doublé et même triplé ; celles par éclat d'obus s'accompagnent des plus grands délabrements : les balles de fusil traversent parfois la tête de part en part, d'avant en arrière elles labourent l'orbite ou le sinus frontal pour aller souvent se perdre dans la cavité cranienne ; ou bien la balle, après avoir fait éclater l'œil, ressort par la bouche, en dessous de l'oreille, près de l'occiput, etc...

Latéralement, la balle peut traverser, d'une tempe à l'autre, déchirant un ou les deux nerfs optiques ou dilacérant les globes oculaires, entraînant une cécité mono ou bilatérale. Plus en arrière, ce sont les circonvolutions cérébrales qui, par leurs lésions, peuvent entraîner une amblyopie corticale simple ou double. J'ai observé aussi un cas d'aphasie, agraphie.

Les blessures plus légères des paupières, de la cornée, les corps étrangers intra-oculaires, les cataractes traumatiques ont été monnaie courante; les deux dernières ont nécessité le plus souvent l'énucléation pour prévenir l'ophtalmie sympathique.

Les délabrements palpébraux ont nécessité de nombreuses autoplasties, pour refaire des paupières ou des cavités orbitaires, pour rendre possible le port d'un œil artificiel. L'éclatement d'un obus ou d'une grenade provoque par simple concussion du globe des opacités du cristallin, des décollements rétiniens, mais surtout des hémorragies intra-oculaires ou de simples amblyopies. Dans deux cas, il y eut rupture du tympan. Il n'est pas toujours facile de dire dans tous ces cas s'il n'y a pas eu pénétration de corps étranger.

Il nous a été permis d'observer un assez grand nombre de cas intéressants, une centaine environ ; nous étant, dès le début de la guerre, mis à la disposition de toutes les ambulances des Croix-Rouges française, anglaise, américaine du camp retranché de Paris, y compris Versailles, Saint-Germain, etc., nous avons pu assurer ce *service auxiliaire d'ophtalmologie*, grâce au concours dévoué de notre confrère le Dr Duplessis et grâce aussi à la collaboration intelligente et active du personnel médical et administratif de toutes les ambulances Croix-Rouge; certainement nous eussions été débordés si les autorités militaires n'avaient organisé à partir du 1er novembre des services d'ophtalmologie à Paris et en province. Ces services sont suffisants pour le moment, mais quand nos armées pourront enfin progresser nous espérons bien que l'on organisera aussi des services mobiles de chirurgiens oculistes.

Une statistique de quelque valeur ne saurait être établie avant la fin de la guerre; disons seulement que les blessures d'un organe aussi précieux que l'œil, en raison de leur nombre toujours croissant par la guerre de tranchées, doivent attirer tout spécialement l'attention des autorités militaires. L'intervention de l'oculiste doit être aussi prompte que possible et le meilleur conseil à donner au chirurgien de première ligne c'est d'avoir une fiche spéciale pour les blessés oculaires qui doivent être évacués dans le plus bref délai sur un service ophtalmologique. Les premiers soins doivent consister en une asepsie aussi parfaite que possible, un pansement protecteur doux et ferme ; une injection de morphine si les douleurs sont trop violentes et dans les grands délabrements deux ou trois doses de sérum antitétanique.

CARNET DU PRATICIEN

Vomissements dits incoercibles de la grossesse

Traitement prophylactique :

1° Régime lacto-végétarien ;

2° Jubol tous les soirs ;

3° Grands lavements d'eau bouillie chaque matin ;

4° Friction aromatique sur tout le corps une fois par jour ;

5° Promenade quotidienne au grand air ;

6° Prescrire chaque jour six comprimés de Fandorine pris par deux un peu avant chacun des repas.

Pour prévenir les coups de soleil

Pratiquer des onctions sur les régions exposées à l'action des rayons solaires avec la crème suivante :

Vaseline	20 grammes
Lanoline	10 —
Eau de laurier cerise	10 —
Eau de rose	10 —
Eau de fleur d'oranger	10 —

ou encore avec :

Vaseline	20 grammes
Lanoline	10 —
Solution à 15 0/0 de bromhydrate de quinine	30 —

Prurit vulvaire

Enduire les parties prurigineuses avec la pommade suivante :

Acide phénique	1 gramme
Acide salicylique	2 —
Acide tartrique	3 —
Glycérolé d'amidon	100 —

Puis saupoudrer avec :

Oxyde de zinc	15 grammes
Poudre de talc	100 —

Ou encore :

Pratiquer des lotions chaudes répétées matin et soir avec de l'eau additionnée de une cuillerée à soupe de Gyraldose par litre de liquide.

Cors et Durillons

Appliquer pendant cinq ou six jours de suite, au pinceau, une couche du topique suivant :

Résorcine	1 gramme
Acide salicylique	1 —
Acide lactique	10 grammes
Collodion riciné	10 —

Prendre ensuite un bain de pieds, puis gratter et enlever le collodion qui entraîne le cor avec lui. On peut renouveler les applications si l'éradication n'est pas complète dès la première fois.

Albuminurie

Extrait de quinquina	0 gr. 15
Aloès	0 gr. 03
Acide gallique	0 gr. 10

Pour une pilule. A prendre de deux à quatre par jour.

(Prof. Albert ROBIN).

Pyodermie du nourrisson

Eviter les pansements humides et occlusifs ainsi que les agents chimiques irritants. Ne pas inciser au bistouri, mais faire plutôt des ponctions.

Pour les pansements utilisés, la pommade de Lucas-Championnière aux essences est excellente, ou une pommade similaire :

Formol	50 cent.
Essence de géranium	XV gouttes
— de lavande	XV —
— de bergamote	XV —
Vaseline	250 grammes

Toucher les croûtes impétigineuses à la liqueur de Labarraque; au voisinage des muqueuses employer la pommade à l'oxyde jaune :

Oxyde jaune de mercure porphyrisé à l'huile	1 gramme
Axonge lavée à l'eau distillée	30 —
Vaseline	30 —

En cas de lésions très étendues en surface donner de grands bains au sublimé à 1/20.000.

En cas de formation d'abcès, donner issue au pus avec une pointe fine de thermocautère.

Pour remonter l'état général de l'enfant, pratiquer des injections avec le liquide de Ringer.

Enfin, quelques minutes avant chaque tétée, faire prendre à l'enfant un demi-comprimé de sinubérase délayé dans une cuillerée à soupe d'eau bouillie sucrée.

Escarres

Enduit pour prévenir les escarres :

Baume du Pérou	1 gramme
Gutta-percha	4 grammes
Chloroforme	30 —

Enduire avec un pinceau, deux fois par jour, les parties menacées.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 50.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J. Rousseau

L'Administrateur-Gérant : A. GEOFFROY

Les Médecins et la Guerre

(*Suite*)

Les Décorés

LÉGION D'HONNEUR.

Chevalier. — M. de Micas, médecin-major de 2e classe territorial, ambulance 16/17.

M. Moreau, médecin de 1re classe, médecin-major du *Gaulois*.

M. Mathieu, médecin de 1re classe à bord du *Charlemagne*.

M. Marcandier, médecin de 1re classe, médecin-major du point d'appui de Dakar.

M. Dubrac, médecin aide-major au 80e régiment d'infanterie.

M. Proust Robert, médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale en mission à l'ambulance no 5 du groupe 53.

M. Jupin, médecin-major de 2e classe au 6e régiment colonial mixte.

MÉDAILLE MILITAIRE.

M. Pierrat, médecin-auxiliaire au 157e régiment d'infanterie.

M. Thibierge, médecin-auxiliaire au 304e régiment d'infanterie.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES.

Médaille d'argent. — M. Pereau, médecin-auxiliaire à la 11e section d'infirmiers militaires.

M. Attaix, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital temporaire no 32 à Royat.

M. Hutinet, médecin aide-major de 1re classe à l'ambulance 2 du 10e corps d'armée.

Médaille de bronze. — M. Clément, médecin-auxiliaire au 74e régiment d'infanterie.

Citations à l'Ordre de l'Armée

M. Destouches, médecin-auxiliaire de l'armée territoriale au 4e bataillon de chasseurs.

M. Marie, médecin-major de 2e classe de réserve au 95e régiment d'infanterie.

M. Pierrat, médecin-auxiliaire au 157e régiment d'infanterie.

M. Barnaud, médecin aide-major de 2e classe de réserve.

M. Picque, médecin-major de 2e classe, médecin chef de l'ambulance 3/18.

M. Garnier, médecin-major de 2e classe au 327e régiment d'infanterie.

M. Jacques, médecin-major de 2e classe au 220e régiment d'infanterie.

M. Kelly, médecin chef de l'unité mobile de la Croix-Rouge britannique en France.

M. Séguinaud, médecin-major de 1re classe au 163e régiment d'infanterie.

M. Bénet de Montcarvielle, médecin auxiliaire au 116e régiment d'infanterie.

M. Guirriec, médecin-auxiliaire au 3e régiment d'artillerie coloniale.

M. Blot, médecin-major de 1re classe, médecin chef de l'ambulance 1/53.

M. Ebringer, médecin aide-major de 1re classe au 152e régiment d'infanterie.

M. Duhourcau, médecin major de 2e classe (artillerie de corps).

M. Etienne, médecin-major de 2e classe, médecin chef de l'ambulance 1/4.

M. Faure, médecin-major de 1re classe médecin divisionnaire.

M. Paul Labesse, médecin-auxiliaire, a été cité à l'ordre du jour du Xe régiment.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Folie d'Empereur, Editeur Albin Michel, 22, rue Huygbens, à Paris.

Le travail du Dr Cabanès, intitulé *Folie d'Empereur*, est une suite aux études du même auteur sur la pathologie des races royales. C'est la dynastie des Hohenzollern dont le Dr Cabanès s'est proposé de nous dévoiler les tares.

Depuis le premier roi de Prusse. prince malingre et contrefait, jusqu'au kaiser actuel, en passant par le Roi-Sergent, « fou lugubre et piétiste outré »; Frédéric dit le Grand. rapetissé à des proportions humaines et ses pâles successeurs, Frédéric-Guillaume II, le roi évocateur des esprits; Frédéric-Guillaume III, l'« aboulique »; le dément Frédéric-Guillaume IV; son frère Guillaume Ier; le fils de celui-ci, l'empereur martyr Frédéric III, tous les représentants, en un mot, de cette dynastie. qui a eu une chance si inespérée à la loterie du basard, tons, ou à peu près tous, ont été, à proportions variables, des dégénérés ou des « desbarmoniques », selon l'expression du professeur Landouzy.

Guillaume II n'accumule pas seulement en lui les tares de ses ascendants, mais il présente cette mentalité spéciale à ceux qui exercent le pouvoir suprême et qui les fait croire à une condition supérieure à celle de l'humanité.

D'après M. Landouzy, ce seraient « la Philosophie et la Science allemandes, par leur enseignement perverti et délétère, qui auraient créé le milieu le plus favorable à développer la folie des grandeurs chez tout un peuple grisé par sa prospérité matérielle, et dont l'ambition *activée* est devenue sans bornes ».

ÉCHOS

L'uniforme des médecins militaires.

Les délégués des différentes Associations professionnelles médicales, groupés à la demande de l'Union des Syndicats médicaux de France, avaient, depuis le début de la guerre, pris énergiquement en mains la défense de certaines revendications importantes à propos desquelles ils viennent d'obtenir satisfaction.

M. le Ministre de la Guerre vient, en effet, d'informer le Groupe médical inter-parlementaire que les médecins militaires garderaient les galons et le Caducée en or; que les docteurs en médecine non possesseurs du grade d'aide-major l'obtiendraient ainsi que les internes des hôpitaux des villes de facultés, nommés au concours, et les élèves de dernière année de l'Ecole de Lyon.

Le ministre a aussi promis de faire étudier la question de la relève des médecins.

Ces résultats si heureux pour notre profession sont dus, d'abord, à l'union complète des divers représentants du Corps médical français, ensuite au dévouement du Groupe médical interparlementaire dont les interventions successives auprès du ministre de la Guerre ont fini par être couronnées de succès.

L'Office des produits chimiques et pharmaceutiques.

Le ministere du Commerce communique la note suivante :

L'Office des produits chimiques et pharmaceutiques, institué par décret du 17 octobre 1914, a, parmi ses attributions, celle de développer en France une production plus intense des produits chimiques et pharmaceutiques et d'encourager de nouvelles fabrications.

L'Office a pour directeur M. Bebal, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, membre de l'Académie de médecine.

Le Comité de direction, présidé par le sénateur Astier, comprend :

MM. Paul Painlevé, membre de l'Institut et André Lefèvre, députés; Guignard, Haller et Maquenne, membres de l'Institut; Michel Pelletier, avocat; Branet, Chapsal, Roux et Weiss, directeurs au ministère des Finances, du Commerce, de l'Agriculture et des Travaux publics; Vergniaud, auditeur du Conseil d'Etat.

Ce Comité a créé des Commissions chargées d'étudier toutes les questions intéressant l'industrie des produits chimiques et pharmaceutiques, notamment les brevets d'invention et marques de fabrique, la situation future des usines austro-allemandes en France, les dissolvants employés dans l'industrie (l'alcool en particulier), les mesures douanières, les transports par voie ferrée, fluviale ou maritime, l'enseignement méthodique de la chimie et de la physique.

A côté de ces questions qui touchent au domaine législatif, celles concernant la grande industrie chimique, les matières colorantes, les parfums synthétiques et naturels, la droguerie, etc., feront aussi l'objet d'études approfondies.

L'Office des produits chimiques et pharmaceutiques, 4, avenue de l'Observatoire, à Paris, recevra volontiers les communications qu'on voudra bien lui faire sur ces divers sujets.

L'esprit de nos « Diables noirs ».

Le Diable au Cor, journal de la 3e brigade de chasseurs alpins. — Nous saluons avec la plus vive sympathie ce nouveau confrère. Ses rédacteurs, les Diables noirs, font preuve d'autant d'esprit que de bravoure, ce qui n'est pas peu dire... Qu'on en juge par les quelques annonces fantaisistes suivantes que nous cueillons dans *le Diable au Cor* :

— *Le Poêle « U »* : appareil de chauffage à combustion lente, spécial pour les tranchées, ne ressemble en rien aux fourneaux boches, tire bien, ne rougit jamais, marche par tous les temps, ne se rouille pas, absolument inaltérable;

— *Le Poêle « U »* : utilise tout, consomme n'importe quoi, s'améliore à l'usage;

Le Poêle « U » n'est pas un « qu'alors y faire »;

Le Poêle « U » n'a pas les pieds nickelés, mais il est entièrement verni. Il est dangereux de le faire fumer. Modèles décorés.

— Le *Jubol* nettoie bien les boyaux, nuit... mais... le *territorial* nettoie mieux. Se trouve sur tout le front de Belfort à Nieuport. Se livre en bleu horizon, avec ou sans passe-montagne.

— *La pile Joffre*. Boches! l'essayer, c'est l'adopter. Exiger la marque de fabrique bien française. Se défier des imitations.

— *Pour maigrir*, le pain KK. Adopté par l'armée allemande. Résultats certains. L'usage du pain KK exige l'emploi d'une ceinture à crans pour serrage progressif.

Un accouchement à Arquères (en 4 sonnets)

1

Les temps sont révo us. La féconde Lucine,
Au cadran de la Lune ayant compté neuf tours,
Dit : « Maintenant est mûr e doux fruit des amours »
Et, dolente, aussitôt, la mère entre en gésine.

Elle geint, elle pleure et, pour un prompt secours,
Elle appelle à grands cris une vieille voisine
Inconnue à Pinard, dont l'épaisse routine
Depuis vingt ans préside aux naissances en cours.

Le ventre à coups rythmés, durcit et se relâche;
Les eaux de l'amnios rompent la molle attache;
Le corps frêle se tord sous le mal triomphant....
Enfin, après un temps de plaintes, de souffrance,
Un grand cri retentit — le cri de délivrance —,
Auquel répond, tout grêle, un premier cri d'enfant!

2

Las! tout n'est pas fini, car, telle une coquette,
Qui montre un air riant et boudeur tour à tour,
Lucine se révèle, en ce funeste jour,
Propice et puis soudain hostile à la pauvrette

Au câble ombilical, d'un bras tremblant et gourd,
S'agrippe vainement la matrone inquiète,
Comme le créancier se pend à la sonnette
Du narquois débiteur qui, chez lui, fait le sourd.

Tout résiste à sa main fébrile. Le délivre
Adhère à la paroi qui neuf mois l'a fait vivre;
Les flancs, autant qu'hier, surplombent le bassin;

Et, lâchant le cordon, avouant sa défaite,
La bonne femme dit : « Ma foi, j'y perds la tête; »
Qu'on aille à Toutencourt quérir un médecin!

3

On m'y trouve, j'accours : Ma main, d'abord câline
Palpe « intus et extra » les sinueux contours :
Un fœtus reste encor, et, sans autre recours,
Il faut le retourner dans sa loge utérine.

D'eau stérile, néant; il n'est aux alentours
Enéma ni laveur, pas ça! de vaseline;
(A la place on s'oindra d'huile ou de margarine!)
Le formol? Superflu! L'ouate? Vain débours!

Déjà, sur le foyer à gros bouillons l'eau chante;
J'aseptise mes bras, puis la parturiente,
Tandis que je m'enduis de blond lubréfiant,

En la position qu'on dit « obstétricale »,
Est mise au bord du lit et, sans hâte brutale,
Jusqu'au coude mon bras plonge en l'antre béant.

4

Ma dextre dans ce four aisément s'oriente :
Voici le cou..... l'épaule..... une petite main.....
Le gril costal..... un pied..... et celui-ci soudain,
Abaissé doucement, aux portes se présente.

Le pied postérieur? Tant pis pour le vilain!
On saisira bien l'autre au cours de la descente!
Et, sous la traction à mesure croissante,
L'enfant de la filière aborde le chemin :

C'est d'abord le genou, la cuisse plus rebelle,
Puis l'autre qu'on rabat près de sa sœur jumelle,
Un pertuis d'où s'échappe un noir méconium.

Le bras antérieur, l'autre bras, qu'on s'applique
A dégager, et, sur un Moriceau classique,
Un garçon qu'on ranime en le frottant de rhum.

Dr P. PERRAMONN.

Zeppelinade (fable-express).

Sa Bochesté Guillaume avait fait un beau rêve :
Débarquer dans Paris à bord d'un *Zeppelin*,
Comme on voit sur son cygne arriver Lohengrin.
Mais veille un 75, et le lourd ballon crève.

Moralité

Guillaume-Lohengrin sombre dans l'ordure, hein!

Dr DE SAINT-MANDÉ.

86e Année (Série XIVe) — N° 268 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 21 Juillet 1915

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Prés. de cl. Expos. Gand 19 3

Ancienne *Gazette de Santé*
(142e Année)

Sommaire du Numéro du 21 Juillet 1915

ÉCHOS

L'Académie française et M. Charles Richet

L'Académie française vient d'attribuer à notre très éminent ami, M. le professeur Charles Richet, l'un des plus importants parmi ceux de ses prix réservés aux poètes.

M. Charles Richet a, en effet, reçu le prix du Budget (poésie), dont la valeur est de 4.000 francs, pour son beau poème, *La Gloire de Pasteur*.

Aucun choix ne pouvait être meilleur que celui du grand savant et en même temps du grand lettré qui a su si bien allier dans son œuvre et la science et la poésie.

La Gazette médicale de Paris, qui s'honore de compter M. le professeur Charles Richet au nombre des membres de son Comité de direction scientifique, est heureuse de lui adresser ici ses plus vives et ses très affectueuses félicitations.

Le Ruban rouge.

Notre excellent confrère et ami de Paris, le Dr Loin, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur. Nul plus que lui n'était digne de cette récompense. Je l'ai vu à l'œuvre dans son régiment en Argonne et j'ai eu le plaisir de passer toute une journée et une nuit avec lui, au milieu des shrapnells et des balles. Il était là dans son élément. Inutile de dire de quelle affectueuse sympathie l'entourent les chefs et les soldats. LUCIEN GRAUX.

Les viols allemands et la télégonie.

A propos de la question agitée récemment de la conduite à tenir à l'égard des enfants engendrés au cours des viols si nombreux accomplis par les Allemands envahisseurs, M. le Dr Capitan rapportait l'autre jour à ses collègues de l'Académie de Médecine un curieux cas qui semble démontrer la réalité de la télégonie :

« Une Française épouse un nègre. Elle a successivement avec lui trois enfants : deux tout à fait nègre et un blanc. Puis le père meurt. Deux ans après, la femme se remarie avec un blanc. Elle devient de nouveau enceinte et accouche d'un enfant mulâtre à caractères négroïdes très accentués ».

Un hopital canadien français pour la guerre.

Les sympathies du Canada pour notre pays se manifestent sous toutes les formes.

C'est ainsi que les autorités canadiennes viennent d'autoriser la formation d'un hôpital de guerre destiné à fonctionner en France.

Cette nouvelle formation sanitaire, qui est pourvue d'un abondant matériel des plus modernes, porte le nom d'hôpital stationnaire n° 4 (Canadien-Français).

Le personnel médical de l'hôpital stationnaire n° 4 est composé de la façon suivante :

Commandant : Dr Arthur Mignault, lieutenant-colonel du corps médical.

Commandant en second : Dr Emile Peltier, major du corps médical.

Chirurgien ophtalmo-laryngologiste : Dr J.-N. Roy lieutenant-colonel breveté et ancien major de brigade

Chirurgien en chef : Dr François de Martigny, major du corps médical.

Capitaines : Drs J.-E. Lanois, Charles Saint-Pierre, Léo Parizeau.

Quartier-maître : capitaine Raoul Laurier.

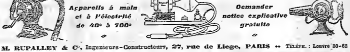
Comme personnel subalterne, enfin, l'hôpital compte 86 infirmiers et 35 infirmieres diplômés.

Les médecins auxiliaires

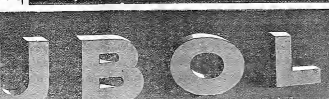
Le Ministre de la guerre vient de prendre la décision suivante :

Peuvent être nommés aides-majors les médecins auxiliaires comptant :

1° 12 inscriptions;
2° Six mois de services aux armées;
3° Blessés ou cités à l'ordre de la division, du corps d'armée ou de l'armée.
4° Notés aptes à remplir les fonctions d'A.-M. par leurs directeurs.







M. Justin Godart

Par décret présidentiel en date du 1er juillet dernier, M. Justin Godart, député, a été nommé sous-secrétaire d'Etat du service de santé militaire au ministère de la Guerre et placé, en cette qualité, à la tête de la direction du service de santé militaire.

M. Justin Godart représente la 1re circonscription de Lyon. Il est né dans cette ville, le



26 novembre 1871, et appartient au parti radical et radical socialiste.

Elu pour la première fois, le 20 mai 1906, M. Godart fut depuis sans cesse renommé. Avocat, publiciste, ancien conseiller municipal de Lyon, M. Godart s'est surtout attaché à l'étude des questions sociales et économiques. Il est membre des commissions du budget et du travail, vice-président de la Chambre. Tout dernièrement, il fut chargé du rapport du budget de la Marine et, en cette qualité, il vient de faire un voyage d'inspection et d'études dans nos principaux ports.

La désignation de M. Godart comme sous-secrétaire d'Etat chargé de la direction du service de santé militaire a été accueillie par tous avec faveur.

Les Dames de France

Coup d'œil rétrospectif

Beaucoup de médecins *(inter quos ego)* avaient des préventions, au début de la guerre, contre les Dames de France et de la Croix-Rouge, qu'ils considéraient à tort comme des mouches du coche, comme plus disposées à parader qu'à se dévouer.

Il est possible qu'il y en ait eu, dans le nombre, qui avaient accepté leur rôle par besoin de se mettre en avant, pour se donner de l'importance et qui n'étaient nullement préparées à bien le remplir ; mais combien ont fait preuve d'un zèle touchant, acceptant sans murmurer les besognes les plus répugnantes, ne se ménageant ni de jour, ni de nuit. Beaucoup de nos confrères auraient été fort embarrassés s'ils n'avaient pas été secondés par elles, s'ils avaient dû s'en rapporter aux infirmiers militaires proprement dits.

Ceux-ci, sauf d'honorables exceptions, n'avaient été nullement préparés à leur rôle. Comment n'auraient-ils pas été au-dessous de leur tâche, au début du moins, puisqu'ils n'avaient reçu aucune instruction appropriée ? Quelques-uns, d'ailleurs, soit par paresse, soit pour toute autre raison, se contentaient du strict nécessaire, surtout lorsqu'il s'agissait de corvées désagréables.

Ils abandonnaient trop volontiers aux femmes, comme ils disaient dédaigneusement, tout ce qu'ils pouvaient leur laisser faire, surtout d'assurer le bien-être des blessés, de les distraire et de les encourager.

En revanche, il est juste de reconnaître que presque tous les prêtres enrôlés ont fait acte de bonne volonté et se sont dépensés sans compter. Guidés par leurs sentiments religieux, ils ont vraiment enseigné la sainte ivresse du sacrifice et la bienfaisante morale du renoncement.

Aussi, ils ont été appréciés comme ils le méritent et leur tenue édifiante a contribué à dissiper bien des préventions.

Que de fois, pour suppléer à l'incurie de l'administration publique, au défaut de ressources, les dames ont dû payer de leurs deniers les objets les plus indispensables, fournir du pain, du vin, du linge, des verres, des fourchettes et des médicaments ! Que d'improvisations heureuses ont été accomplies généreusement, sans murmures et le sourire aux lèvres !

Les plus raffinées se résignaient à balayer, à laver la vaisselle, aux nettoyages devenus indispensables, leurs protégés étant dans un état de malpropreté révoltant. Il fallait placer le thermomètre où vous savez, surveiller les bains, que beaucoup prenaient pour la première fois. Je me souviens de l'étonnement d'une Irlandaise *pioudique*, de 22 ans, qui disait avec un accent particulier : « Je viens de voir pour la première fois un homme tout entier nu dans l'eau, c'est horrible, horrible. » (Elle prononçait *çé oribte, oribte*.) Je crois qu'elle s'est mariée depuis et je suppose que le mâle poilu, sous-gorille de la création, doit lui inspirer maintenant moins de dégoût.

Il est heureux encore que les dames qui avaient des connaissances culinaires soient intervenues, à diverses reprises, pour guider les Vatels trop souvent improvisés, qui étaient chargés, malgré leur indignité, de confectionner le rata, dans des endroits où on ne manquait pourtant de rien. La popote eût des hauts et des bas et les troupiers qui avaient besoin de se refaire savaient fort bien protester contre l'insuffisance ou la qualité des rations. Les mines s'allongeaient singulièrement, lorsque le menu sentait la lavasse et manquait de saveur.

Même en temps de paix, les préposés aux repas des hôpitaux ou des casernes, devraient être soucieux de bien lester le soldat et de ne pas lui donner des plats qu'il déteste. On les assaisonne de saine gaieté, à vingt ans, ou bien on se rattrape ailleurs, lorsqu'on a de l'argent ; mais, c'est égal, on pourrait mieux faire un peu partout.

Au début, lorsque des mères reconnaissantes remirent une pièce blanche entre les mains des dames de la Croix-Rouge, pour les remercier d'avoir bien soigné leur fils, celles-ci furent d'abord interloquées et refusèrent ; mais, en y réfléchissant, on se dit que ce serait froisser ces humbles femmes, qui obéissaient à un élan du cœur, sans se douter que les servantes improvisées qu'elles venaient d'entrevoir à l'œuvre étaient généralement fortunées et il fut décidé qu'on accepterait dorénavant, mais en prévenant les donatrices que leur aumône serait consacrée à améliorer le sort du fiston et de ses voisins de géhenne, ou à se procurer des objets de pansement.

Je tiens à relever le bon mouvement d'un gentil fantassin, qui, pour cet objet, tint absolument à laisser cinq francs à cette caisse improvisée : — Je ne suis pas riche, dit-il, sans cela je donnerais davantage ; mais je puis sans me gêner laisser cette petite somme à mes camarades. Ne me privez pas du plaisir de leur être utile, dans la mesure de mes moyens. C'est une façon de montrer ma gratitude pour les bons soins que j'ai reçus. Je leur dois la rapidité de ma guérison, qui va me permettre de reprendre les armes et de défendre mon pays contre de barbares envahisseurs.

On ne pouvait évidemment pas refuser ; les raisons données auraient attendri les plus rigoristes.

Dans chaque service, il y avait des cas graves pour lesquels tout le personnel se passionnait : on apportait un zèle exceptionnel aux pansements les plus difficiles. Comme les courtisans de Louis XIV, qui se félicitaient lorsque le roi avait eu une selle louable, on annonçait avec une joie non dissimulée que Durand ou Dupont, dont l'intestin était atone et boudait depuis plusieurs jours, avaient capitulé enfin à la suite de copieuses irrigations. Pour un peu, on aurait été fier de l'abondance et de l'aspect des évacuations, sans se plaindre outre mesure de leur fumet.

Voici un détail amusant qui mérite d'être transmis à la postérité. Dans une section de la Croix-Rouge, et peut-être dans beaucoup d'autres, on avait recommandé de confectionner des suspensoirs de calibres variés, en quantité invraisemblable. De jeunes femmes, rendues rêveuses, se consacrèrent avec ardeur à édifier des douzaines de ces petits bonnets.

A quoi répondait cette débauche de releveurs douillets, dont l'utilité me semble plus indiquée en temps de paix qu'en temps de guerre ?

Quel est le personnage égrillard qui en avait eu l'initiative ?

Etait-ce une mère prudente, qui en avait constaté la fréquence dans la garde-robe de ses fils ?

Peut-être ne s'agissait-il que de l'intervention d'une aïeule, qui avait pris au sérieux certains méfaits attribués aux Allemands, comme d'empoisonner les fontaines, les cours d'eau et qui appréhendait d'autres avaries pour sa descendance ?

Quoiqu'il en soit, les pioupious favorisés lors de la distribution de ces caleçons intimes ont dû les garder avec gratitude, pour peu qu'ils aient songé à l'émoi, à la sollicitude, qui avaient dû présider à leurs enjolivements, à leur mise au point.

Il n'y a pas d'exagération à dire que pour beaucoup de poilus, l'hôpital auxiliaire a été le paradis après l'enfer qu'ils venaient de quitter. Ils savouraient sensuellement tant de bien-être, ce qui ne les empêchait pas de repartir volontiers, après guérison, bien que leur passage les eût rendus sybarites, au point d'en émouvoir l'administration militaire. Il y en a qui réclamaient ensuite des bains de pieds, des chaussettes, une brosse à dent, etc.

On n'a pas idée de pareilles exigences, au service de Bellone !

Dr GRELLETY, *de Vichy*.

Les Médecins et la Guerre

(Nous déclinons toute responsabilité au sujet des erreurs qui pourraient se trouver dans cette liste).

Les Morts

M. Etienne Jacob, mort à Abbeville des suites d'une piqûre anatomique contractée en soignant des blessés.

M. P. Lacroix, médecin chef de l'ambulance de la gare d'Ambérieu.

M. Charles Meynet, médecin aide-major de 2e classe au 120e régiment d'infanterie.

M. Louis Izou, médecin aide-major de 2e class de réserve au 42e régiment d'artillerie.

M. Jacques Doléris, étudiant en médecine, tué le 23 mai à La Neuville.

M. Edouard Pagès, médecin aide-major de 1re classe au 6e régiment d'artillerie.

M. Maurice Louge, médecin auxiliaire au 7e régiment de zouaves, externe des hôpitaux de Marseille.

M. Charles-Marie Le Jamptel, médecin aide-major au 41e régiment d'infanterie, tué le 8 juin.

M. Louis Cahuzac, médecin de 2e classe de la marine, à bord du *Bouvet*.

M. Jean Brunot, médecin auxiliaire au 2e bataillon du 156e régiment d'infanterie.

M. Paul Trélaün, médecin-major au 144e régiment de territoriale.

M. Paul Sevaux, médecin aide-major, tué aux combats d'Arras.

M. Paul Buisson, médecin aide-major de 1re classe.

M. Eugène Bernard, médecin auxiliaire au 55e régiment d'infanterie, externe des hôpitaux de Paris.

Les Décorés

LÉGION D'HONNEUR

Officiers. — M. G. Ferrand, médecin principal de 2e classe.

M. Brugère, médecin principal de la marine.

M. Lejeune, médecin principal de 1re classe.

M. Thiroux, médecin principal de 2e classe des troupes coloniales.

M. Spellmann, médecin-major de 1re classe.

M. Manoha, médecin principal de 2e classe.

Chevaliers. — M. Raynaud, médecin-major de 2e classe au 7e régiment colonial mixte.

M. Duchêne Marullaz, médecin-major de 1re classe au 175e régiment d'infanterie.

M. E. Sidoun, médecin aide-major de réserve au 150e régiment d'infanterie.

M. L. Loin, médecin-major de 2e classe de réserve à titre temporaire au 128e régiment d'infanterie.

M. Sédillot, médecin aide-major de 1re classe au 1er groupe du 26e régiment d'artillerie.

M. de Person, médecin-major de 2e classe au 3e régiment *bis* de zouaves.

(Voir la suite page VII.)

L'Assainissement du Champ de Bataille

Par le Docteur HENRY THIERRY

Chef des Services techniques d'Hygiène de la Ville de Paris
Membre du Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France
Chargé de mission par le Ministère de la Guerre

L'assainissement du champ de bataille se fait en deux temps : 1° pendant le combat et immédiatement à sa suite, par les soins des troupes présentes ; 2° leterrain une fois abandonné, par les soins de l'autorité civile ou militaire.

MESURES PRÉPARATOIRES.

C'est le second point qui est ici traité dans l'article de M. Henry Thierry, dont le Conseil Supérieur d'hygiène publique de France, précédé par le D. Roux, directeur de l'Institut Pasteur et M. Brisac, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène au Ministère de l'Intérieur a adopté les vues.

Recherches des corps. — Repérage des tombes et enfouissements d'animaux. — La première opération consiste à faire le repérage exact des tombes sur le territoire de chaque commune. Pour y procéder il faut recourir au plan cadastral de chaque parcelle (plan parcellaire cadastral) contenant les corps de soldats inhumés, ainsi que des parcelles limitrophes, indiquer la section, le lieu-dit, les numéros du cadastre, et, s'il y a lieu, les noms des propriétaires des parcelles.

Lorsque toutes les tombes sont reconnues et repérées, on calque le plan d'ensemble de la commune généralement dressé à l'échelle de 1 à 10 000 et l'on indique sur ce dernier tous les emplacements déterminés au moyen des plans parcellaires ; on procède ensuite au numérotage en commençant par la section A.

Ces repérages peuvent être effectués par des agents des Ponts et Chaussées ou, encore, par des géomètres locaux. Ces derniers, très au courant des plans parcellaires des communes, peuvent déterminer d'une façon exacte et précise les emplacements des corps de manière à pouvoir faire retrouver ceux-ci dans un temps plus ou moins éloigné et sans qu'il reste aucune remarque apparente sur le terrain.

Toutefois, il est plus simple de désigner l'emplacement des tombes de soldats et les enfouissements d'animaux par des piquets indicateurs, numérotés et d'une forme particulière pour les uns et pour les autres, de manière à distinguer à première vue les hommes des animaux.

Trois espèces de plans doivent être dressés :

a. Plan parcellaire cadastral (dressé au $\frac{1}{1.250}$ ou $\frac{1}{2.500}$

Copie de la parcelle et parcelles environnantes à l'aide du cadastre, avec numéros du cadastre, de manière à avoir l'indication exacte de l'endroit et la désignation précise du point où est la tombe dans la parcelle.

b) Plan d'ensemble communal à $\frac{1}{10\ 000}$

Commune de Janvilliers (Marne) (canton de Montmirail) (Fig. 1).

c) Plan général de la région à $\frac{1}{40.000}$

Bataille de la Marne. — Périmètre d'alimentation des sources de la Dhuis (départements de l'Aisne et de la Marne) (Fig. 2.)

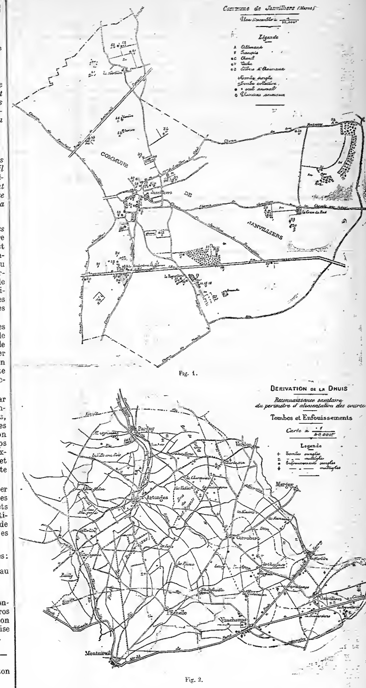


Fig. 1.

Fig. 2.

Registre d'enquête et d'identité.

Ce registre doit être tenu avec soin, dans le but de consigner et garder soigneusement toutes les indications relatives au repérage des tombes, aux exhumations et inhumations. Chaque *fiche signalétique* de ce registre, qui porte un numéro correspondant au numéro du plan d'ensemble communal, men-

tionnera le département, l'arrondissement, le canton, la commune, l'endroit ou lieu-dit, le numéro d'ordre et le numéro individuel, pour toutes les tombes comprenant un ou plusieurs corps, les particularités relevées sur chaque cadavre, les objets, lettres, etc..., en un mot tous les renseignements pouvant servir à l'identification. Un double de chaque fiche signalétique sera remis à la Mairie de la commune et le Registre conservé par le service qui a la responsabilité des opérations.

Armes. — Au sujet des objets retrouvés, une recommandation spéciale est nécessaire pour les armes. Celles-ci seront remises dans le plus bref délai à la Gendarmerie ou à l'Autorité militaire. Mention de cette remise sera inscrite sur le registre.

placés dans des cercueils légers, rendus étanches par une garniture en carton bitumé formant cuvette à l'intérieur.

Suivant l'état des cadavres, de la sciure de bois ou une substance appropriée (terre tamisée, tourbe, chaux éteinte, chlorure de chaux, etc...) peuvent être placées au fond du cercueil.

Les corps seront aussitôt transportés au cimetière du village ou sur le terrain destiné à la réinhumation à l'aide de véhicules ornés du drapeau national.

Il est rappelé qu'il doit être procédé à la recherche des plaques d'identité, pièces ou objets pouvant aider à établir cette identité.

Les renseignements trouvés sont consignés par écrit au moment même de l'exhu-

Commune d ....

Relèvement ou exhumation de soldats tués { N° du plan / N° d'ordre :

Noms des personnes qui ont procédé à l'inhumation après les combats de la Marne - Renseignements recueillis dans les mairies ou auprès des habitants.	EXHUMATION 1° Signes particuliers : cheveux, barbe, moustache. 2° Régiment, batterie, escadron, compagnie; n° matricule, plaque d'identité, livret militaire. 3° N° du fusil, sabre, baïonnette, révolver	4° Marques du linge de corps. 5° Bijoux, montre, chaîne, bague, alliance, porte-monnaie, objets divers. 6° Papiers, lettres, etc.

Fig. 3. — Modèle de la fiche d'identité des cadavres exhumés.

MESURES D'ASSAINISSEMENT

Détermination des mesures d'assainissement. — L'examen sur place indiquera les mesures à prendre vis-à-vis des cadavres d'hommes et d'animaux.

La nature géologique du terrain, sa qualité comburante, la situation et la profondeur des tombes par rapport au pendage des couches, au voisinage des sources ou des puits, à la direction des vallées et au danger de contamination des eaux souterraines, la proximité des maisons et les diverses conditions locales détermineront les précautions nécessaires en vue de protéger les eaux potables et les lieux habités.

Le sondage rapide du sol permet de répondre à certaines de ces questions. Il est aisé à pratiquer dans les terres récemment remuées des tombes et enfouissements.

Suivant la saison, les circonstances, la rapidité de transformation ou de destruction des corps et les causes d'ordre différents qui viennent d'être énumérées, *l'assainissement doit être une question d'espèce,* comportant des degrés depuis l'exhumation avec réinhumation jusqu'à la simple amélioration des tombes ou tranchées.

Le géologue de la circonscription sera obligatoirement appelé à donner son avis.

Entente avec les Municipalités. — Les opérations de repérage, relèvement des corps, transfert et réinhumation, doivent avoir lieu d'accord avec l'autorité municipale, préalablement consultée et invitée à se faire représenter aux exhumations.

Exhumations. — Les exhumations doivent avoir lieu en principe à l'époque où il n'y a pas de mouches.

Si la nécessité obligeait exceptionnellement à faire des exhumations dans la période défavorable, on devra prendre toutes les mesures contre les mouches, par exemple à l'aide d'arrosages et d'aspersions avec de l'huile de schiste ou du pétrole brut.

Les corps exhumés sont immédiatement

mation et reportés sur le registre d'enquête et d'identité.

Les cercueils des soldats des armées alliées seront marqués de manière à permettre ultérieurement les recherches des familles. A cet effet, un numéro métallique à chiffres ajourés, en triple exemplaire, servira à désigner chaque corps dans chaque commune. Un de ces numéros est placé à l'inté-

Fig. 4. — Numéro d'ordre pour une tombe simple.

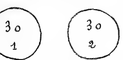


Fig. 5. Numéros d'ordre pour une tombe contenant plusieurs corps.

rieur du cercueil, le deuxième sur le cercueil à l'extérieur, le troisième sur la croix ou stèle indicatrice placée à la tête de chaque fosse ou de chaque case de la tranchée du cimetière. Lorsqu'il s'agit de plusieurs corps provenant d'une tombe collective le numéro d'ordre est le même pour tous, mais il est ajouté au-dessous de ce numéro un second numéro pour chacun des corps ayant même origine.

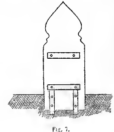
Inhumations. — La fosse doit avoir la profondeur réglementaire de 1 m. 50. Elle sera autant que possible, creusée en terrain sec, perméable. Dans les sols argileux et humides, la décomposition est retardée.

Soldats musulmans. — Suivant les instructions de M. le Ministre de la Guerre, la tombe doit être creusée avec une orientation sud-ouest nord-est. Le corps sera couché sur le côté droit, la tête dans la direction sud-ouest, les pieds au nord-est. De cette façon le visage est tourné du côté de La Mecque.

Par analogie avec ce qui se fait pour les chrétiens dont la tombe est habituellement surmontée d'une croix, les tombes des militaires musulmans seront marquées au moyen de deux stèles en pierre ou en bois (fig. 6

Fig. 6.

et 7) et qui seront placées : l'une au-dessus de l'endroit où repose la tête, portant


Fig. 7.

l'inscription en arabe (fig. 8), qu'il sera facile de faire recopier et le nom du défunt en



Fig. 8.

français, l'autre sans inscription, à l'emplacement des pieds.

Soldats Israélites. — Placer sur les tombes les deux lettres hébraïques qui se trouvent habituellement sur les pierres tumulaires. (Fig. 9).



Fig. 9.

Désinfection de la fosse. — Les tombes sont individuelles ou collectives. Il est nécessaire de prévoir dans certains cas une désinfection préalable avant l'exhumation. La fosse est souvent remplie d'eau, les cadavres y baignent. Parfois, on doit opérer une saignée sur la partie déclive du terrain pour évacuer cette eau, chargée de principes malodorants et non sans danger. Il convient alors de désinfecter l'eau qui s'écoulera de la fosse pour empêcher les contaminations de voisinage, sol et eaux, en y ajontant du crésol ou crésyl de manière à faire une solutionà 4 0/0 qui séjournera deux heures au moins.

Lorsque le corps a été exhumé, identifié si possible, et mis en bière il est procédé immédiatement à la désinfection des abords et du lieu où il reposait en les recouvrant d'une couche de chaux vive d'environ 0 m. 10 d'épaisseur.

La fosse est ensuite remblayée par couches successives de terre et de chaux vive, enfin la partie supérieure du tumulus et ses abords sont encore recouverts d'une nouvelle couche de *chaux vive*.

Il faut 100 à 120 kilos de *chaux vive* pour désinfecter une fosse d'environ un mètre de profondeur et n'ayant contenu qu'un seul corps.

Si l'odeur est très incommodante, on peut, préalablement à l'emploi de la chaux et dès qu'on a ouvert la fosse, arroser celle-ci et ses abords avec une solution concentrée de crésyl (8 à 10 0/0).

Amélioration et surélévation des tumuli, sans exhumation. — Si les corps insuffisamment enterrés, sont trop nombreux et accumulés dans des tranchées ou fosses en masse telle qu'il serait impossible de procéder aux opérations indiquées précédemment, — ou bien s'il s'agit de soldats pour lesquels l'identification n'a pas lieu, — on peut avoir seulement à modifier sur place les conditions défectueuses d'inhumation.

Dans ce cas, enlever la terre jusqu'aux cadavres, recouvrir ceux-ci de *chaux vive*, puis d'une couche de terre plus épaisse, de manière à exhausser les tumuli.

La chaux vive détruit les corps en contact avec elle, aussi ne doit-on pas en saupondrer les cadavres des soldats pour lesquels il peut se produire des recherches et tentatives d'identification de la part des familles.

Lorsqu'il s'agit d'une tombe insuffisamment profonde et qu'on ne doit pas déplacer, ou d'un corps à identifier ultérieurement, surélever le tumulus d'un mètre au minimum en ajoutant simplement de la terre, sans découvrir ni mettre de chaux vive sur le cadavre, contrairement à l'opération précédente.

Il convient dans certains cas de creuser autour des tumuli un fossé de manière à assurer l'évacuation des eaux pluviales.

Cimetière spécial. — Lorsqu'il sera nécessaire de centraliser les cadavres isolés et disséminés dans les champs il peut arriver que le cimetière communal soit de dimension insuffisante pour recevoir ces corps ou mal approprié en raison de la proximité des habitations, de la nature du terrain, du danger pour les eaux potables. La création d'un cimetière spécial s'imposera donc. Il convient alors d'en déterminer l'emplacement d'après l'examen du géologue, l'étude des couches du sol et leur qualité oxydante, la circulation de l'eau, la profondeur et les oscillations de la nappe souterraine.

Le terrain doit être autant que possible sec, poreux, perméable. S'il est compact argileux, humide, la décomposition de la matière organique s'opère mal et insuffisamment. L'eau empêche la destruction des cadavres.

Il est donc indiqué d'aménager le cimetière de façon à assurer l'aération des tombes en vue de produire la combustion rapide et naturelle des corps en organisant des drains destinés à évacuer les eaux, à dessécher et aérer le sous-sol. Ces drains seront établis à l'aide de tranchées recouvertes de cailloux, machefer, etc... et avec un écoulement indiqué suivant les conditions locales.

Corps de chevaux, bovins et débris d'animaux. — Il s'agit d'en précipiter la destruction rapide : Les corps seront mis à découvert et traités par la *chaux vive*. Celle-ci favorise la destruction des tissus et laisse les ossements.

Lorsque le cadavre d'animal est dégagé, creuser sur le côté de celui-ci, dans le sens de la longueur et un peu au-dessous, une excavation d'environ un mètre de profondeur dans laquelle il est projeté de la chaux vive sur toute la surface du fond et de 15 centimètres d'épaisseur. On fait alors basculer l'animal sur ce lit de chaux vive et on le recouvre d'au moins 250 kilos de chaux vive. L'enfouissement est terminé par couches successives de terre et de chaux vive, enfin le tumulus et les abords sont recouverts d'une nouvelle couche de chaux.

Il faut en moyenne 1.000 kilos de chaux vive pour chaque cadavre d'animal.

Incinération. — Il est très difficile de brûler entièrement un cadavre d'homme ou d'animal de grande taille *à l'air libre*, quel que soit le procédé employé.

S'il s'agit d'un certain nombre de corps, les difficultés deviennent insurmontables.

Précautions hygiéniques.

Protection du personnel ouvrier. — Les ouvriers chargés des *exhumations* revêtiront un *costume spécial*, analogue à celui des désinfecteurs.

Ils porteront un bourgeron et un pantalon de toile à coulisse, fermant aux poignets et aux chevilles, ainsi qu'une casquette de toile avec couvre-nuque. Ils auront des bottes imperméables analogues à celles des égoutiers, car les fosses sont fréquemment inondées et il faut travailler dans l'eau pour creuser la fosse et retirer les corps.

Ils auront à leur disposition des *masques respiratoires* employés dans l'industrie contre les poussières et garnis d'ouate à l'intérieur imbibée d'un désinfectant destiné à dissimuler l'odeur méphitique. Ils pourront encore s'envelopper la tête et la figure d'une *large bande de gaze*, formant plusieurs épaisseurs, avec une couche d'ouate entre les plis de cette gaze devant le nez et la bouche.

Les ouvriers chargés particulièrement de la manipulation des cadavres seront munis de *gants de caoutchouc* (modèle des ouvriers électriciens).

Désinfection du personnel. — Les ouvriers auront à leur disposition du savon noir et des désinfectants pour le nettoyage des mains, de la figure, chaussures, etc..

Un récipient contenant une solution de sublimé à $\frac{1}{10.000}$ (coloré en bleu ou vert afin d'éviter les erreurs et accidents) sera installé de manière à permettre le lavage antiseptique de la figure, moustache, barbe, mains.

Les costumes de toile seront placés chaque jour dans une lessiveuse et désinfectés.

Les chaussures seront lavées à l'aide d'une solution de crésyl à 4 0/0 ou du sublimé à $\frac{1}{10.000}$ projetés particulièrement sous la semelle à l'aide d'une pompe spéciale.

Une petite pharmacie sera préparée en vue d'intoxications ou d'infections pouvant se produire. Elle comprendra des médicaments et cordiaux contre les coliques, diarrhées, etc... et des antiseptiques et pommades pour les plaies et excoriations des mains, des pieds, etc...

Protection des villages. — Les mesures hygiéniques nécessaires seront envisagées pour qu'aucun inconvénient ne résulte de ces diverses opérations et du transfert des cadavres dans les villages et habitations isolées, ou vis-à-vis des eaux d'alimentation.

Du Massage dans les fractures

Par M. Th. FILLASSIER

Parmi les nombreux blessés qui arrivent du front, beaucoup présentent des fractures avec plaies. A part quelques chutes dans les tranchées, presque toutes les fractures sont occasionnées par des balles ou des éclats d'obus.

L'appareil plâtré présente des inconvénients signalés, notamment en rendant les pansements impossibles. Sans doute on utilise les gouttières et les attelles. Le Dr Lhuillier pratique depuis une quinzaine d'années environ dans les hôpitaux de Paris, et dès le 15e jour, le massage qui évite l'ankylose l'atrophie musculaire et facilite la circulation du sang.

Ce traitement pratiqué dans son service a donné de très heureux résultats.

Dans les fractures simples généralement, dans les fractures compliquées sur l'avis du médecin, on commence le massage vers le 10e jour.

Le membre est déplacé de la gouttière et massé très légèrement sur tout son parcours en évitant soigneusement le voisinage trop immédiat des plaies. Le massage sera très doux pour éviter tout déplacement de la fracture.

Bientôt, les muscles se distendent, s'assouplissent, l'œdème disparaît, la coloration de la peau reprend sa teinte normale ; souvent la suppuration est évitée.

La séance terminée, on refait le pansement avec l'asepsie la plus attentive et le membre est replacé dans la gouttière.

Il est fait une séance chaque jour ; quelques mouvements doivent être imprimés aux articulations : très légers les premiers jours, plus marqués ensuite, à mesure que la consolidation s'établira. Lorsque celle-ci sera terminée on aura ainsi un membre souple, des articulations fonctionnant normalement, une circulation satisfaisante.

Cette méthode doit être recommandée ; mais il va de soi qu'à raison de sa délicatesse, elle ne devra être confiée qu'à des personnes exercées.

Le Globéol dans la Phtisie humaine

par M. le docteur GAGNIÈRE

Lauréat de plusieurs Sociétés savantes de Paris, (Médaille d'argent, d'or et prix, aux Concours internationaux de la Tuberculose)

Si le mot de tuberculose, de phtisie est si répandu aujourd'hui dans le monde, l'Univers entier, c'est parce que les modes d'alimentation, d'existence, de mœurs et de mentalité humaine se sont transformés. La science médicale elle-même a évolué ; elle a différencié le mot de tuberculose d'avec la phtisie. Occupons-nous de celle-ci, nous verrons plus tard les tuberculeux. La phtisie est une maladie spéciale, précédée de prodrômes non vus, supportés par les patients, comme des indispositions sans importance. Le médecin n'est en ces cas nullement consulté, parce que l'on n'est atteint que de bronchites à répétitions, de rhumes, de suffocations attribués aux variations de température. Brusquement une bronchorragie, une hémoptysie surviennent. Le mal est grave ; le praticien emploie tous les moyens possibles pour qu'il ne soit pas mortel et passe à la chronicité. Dès ce moment, le malade maigrit, il se consomme (consomption), il perd ses forces, ses membres refusent leurs énergies précédentes ; les crachats sont parfois striés de sang ; l'essoufflement est progressif ; la voix se voile, elle est par moment enrouée, pénible, à peine perceptible. Les voies digestives modifient leurs fonctions ; la nutrition et l'assimilation diminuent ; ils subissent des régurgitations et des vomissements alimentaires ; le dégoût des aliments s'accentue peu à peu et la consomption se dessine incessamment pour ne laisser aux patients qu'un corps parcheminé, un squelette ambulant. La diarrhée, les battements du cœur (tachycardies spasmodiques), les névralgies intercostales, les hémicrânies et malaises douloureux divers qui forment un vaste réseau de souffrances dont ces martyres supportent patiemment pendant des années les atteintes incessantes. N'oublions pas l'appareil génito-urinaire, le système nerveux cérébro-spinal et sympathique, dont l'énumération pathologique ne peut se faire ici, et nous aurons une idée du phtisique, cherchant partout un soulagement si minime soit-il à ses maux quotidiens du jour et de la nuit. Lui seul espère encore. Il ne croit point à une issue fatale. Il cherche toujours une guérison. Laënnec disait que la guérison de la phtisie, n'était pas au-dessus des forces de la nature : elle n'est pas impossible en effet, puisque chaque jour il s'en produit. Et je ne veux pour preuve que les quelques observations suivantes :

Observation I.

Mlle J....., 18 ans, atteinte d'aménorrhée depuis deux ans, ayant subi tous les prodrômes de la phtisie de l'adolescence, fut soumise à tous les traitements connus, depuis l'huile de foie de morue, les préparations créosotées et les arsenicaux, altitudes, cures maritimes diverses, opiacés, cures minérales et thermales, jusqu'aux révulsifs vésicants, pointes de feu, etc., ainsi que des traitements divers fort renommés, réputés infaillibles ; la phtisie progressait journellement.

Le globéol est alors prescrit à la dose de six pilules par jour ; il produit de suite un certain bien-être inconnu ; dès le deuxième jour l'acuité des symptômes morbides diminua ; elle subit le même déclin au fur et à mesure de la continuation du médicament. Il fallut trois mois pour arriver à une bonne amélioration. La dose fut portée progressivement à 8 et 9 pilules par 24 heures. A la fin du troisième mois, les menstrues parurent ; elles se continuèrent faiblement, irrégulièrement, au cinquième mois elles furent à peu près normales. L'embonpoint est revenu et la malade peut être considérée comme guérie.

Observation II.

M. O....., 17 ans, d'une santé en apparence parfaite, tousse, crache, vomit ses aliments, perd l'appétit, maigrit rapidement ; une hémoptysie survient. A l'auscultation, signes évidents de tuberculisation pulmonaire. Traitement divers. Consomption graduelle se généralisant lentement, sans répit, incessamment, malgré tous les moyens employés ; aspect spécial du phtisique, joues et tempes qui se creusent, les pommettes qui se colorent, les yeux brillants de fièvre hectique, conjonctives bleutées. Sueurs profuses inondant le dos, la poitrine, la tête, les membres inférieurs et supérieurs. Tachycardie spasmodique. Exaspération de la volonté. Enervement génésique insupportable. Diarrhées profuses. Crachats nummulaires, vomiques de liquides muco-purulents surnageant un liquide clair contenant des fibres élastiques (examen microscopique) qui annoncent évidemment la destruction du parenchyme pulmonaire. Hémoptysies intermittentes. Facultés intellectuelles intactes, trop exaltées assurément. Les pieds sont enflés, prélude de l'œdème cachectique. Le malade est alité. La déchéance se généralise de plus en plus. Les reins fonctionnent mal, urines albumineuses par spasmes, sucre diabétique intermittent. Il a vingt ans. Les hémoptysies deviennent de plus en plus fréquentes, sous diverses formes, soit en crachats sanguinolents, soit en rejets d'un ou deux caillots ou gorgées de sang vermeil, caillé ou mélangé de tractus fibro-purulents. Epistaxis (Molimen hémorrhagicum). Pronostic très sombre. Intervention heureuse du globéol. Améliorations sensibles, continuation des moyens d'hygiène, de nourriture auparavant établis. (Le globéol n'est adopté que comme un pis aller dans un cas désespéré). Néanmoins, il est continué. Le mieux qui ne s'était jamais produit qu'en apparence, fut plus que jamais constant, incessant et réel. Plusieurs mois furent indécis ; mais au cinquième le malade quitta le lit ; les hémoptysies avaient disparu, les sueurs profuses aussi, les œdèmes n'existaient plus, les urines devenaient chaque jour de plus en plus normales. Les forces revinrent. Le faciès annonça le bien-être général. Quelques voyages, stations d'altitudes et cures maritimes complétèrent le traitement curatif de ce jeune homme, qu'aucuns remèdes ni moyens employés n'avaient pu guérir.

Observation III.

M. X....., 16 ans, subit la période de début de la phtisie pulmonaire. L'hérédité semble ici jouer un rôle prédominant. Le jeune adolescent tousse avec une petite toux sèche, brève (hem de la phtisie). Il vomit ses aliments presque aussitôt le repas terminé. Hémoptysies précoces (ab hemoptœ tabes, de Morton). Les expectorations qui suivent sont muco-purulentes, striées de tractus sanguinolents. Dyspnée intermittente, accès d'asthme nocturnes. Altération de l'état général ; les fonctions naturelles se modifient pathologiquement. Quelques hémoptysies plus graves que les précédentes. L'auscultation, palpation, percussion et signes physiques ne laissent aucun doute du processus bacillaire morbide avançant progressivement. Obscurité du murmure vésiculaire envahissant les sommets, expiration prolongée, soufflante, craquements secs, respiration pénible et saccadée. Amaigrissement incessant presque rapide, inquiétant, obligeant à employer tous les moyens diététiques possibles. Face pâleur de cire ; pommettes colorées, par intermittences. Fièvre hectique, sueurs profuses, inondant tout le corps d'une nappe d'eau froide, glacée, sous laquelle frissonne le patient. Ce tableau pathologique devait se compliquer et se terminer par des œdèmes et cachexies terminales et fatales. Ici encore l'intervention qui fit admettre le globéol comme médicament fut heureuse. Les hémoptysies, œdèmes, troubles circulatoires cessèrent ; le cours du flux sanguin pulmonaire se fit mieux ; l'hématose se prononça effaçant les cyanoses des ongles (doigts hippocratiques) la fièvre s'apaisa, le faciès du malade, son amaigrissement se modifièrent heureusement. La dose employée au début fut faible relativement à ce qu'elle devait être ; trois pilules par jour seulement. Progressivement la confiance faisant place à la méfiance on en éleva le nombre. Finalement le jeune homme guérit.

Observation IV.

Mlle F....., 19 ans, 2[e] période de phtisie pulmonaire, consomptive, expectore des crachats muco-purulents mummulaires, contenant des bacilles divers communs chez les phtisiques, ainsi que d'autres microbes indéfinis. L'amaigrissement et l'affaiblissement général sont extrêmes. Les règles sont supprimées depuis un an. Soins et médications divers. Globéol conseillé et employé suivant indications. Guérison.

Observation V.

Mlle V....., est dans le même cas ou à peu près. Phtisique au 2[e] degré, on constate de la matité des sommets, le retentissement de la voix et de la toux sèche et brève (hem), des râles sous crépitants alternant avec des craquements secs plus accentués que dans la première période. Inutile de dire que cette demoiselle de 18 ans a été l'objet de tous les soins et traitements. Tout fut impuissant pour arrêter le processus morbide et bacillaire envahissant. Le globéol employé, la rénovation physique se produisit graduellement, incessamment et sûrement. Elle est pleine de santé, ses menstrues sont normales et régulières. Elle continue son remède quoique pouvant se considérer comme parfaitement guérie, bonne précaution contre les récidives possibles.

Remarques. — Ces heureux essais furent décisifs. A la ville comme dans les campagnes des cas nombreux de phtisie furent ainsi traités et nous pouvons constater quotidiennement des succès dans des cas désespérés. Avec le globéol les symptômes généraux pathologiques s'améliorent ; les troubles de la digestion semblent hésiter, se réduire et reprendre leur fonction normale progressivement au fur et à mesure de son emploi. Le sang se régénère, les sueurs diminuent, les palpitations, tachycardie et symptômes cardiaques anormaux s'améliorent, s'effacent, les facultés cérébrales, cérébro-spinales, médullaires et sympathiques diminuent leurs exaltations produites par l'anémie progressive, les méninges diminuent leurs phlegmasies ; les circulations sanguines et lymphatiques reprennent leurs activités ; enfin la nutrition physiologique générale ainsi que l'assimilation des tissus divers de l'économie marchent à l'unisson vers la santé. Je pourrais produire une foule d'autres observations démontrant pareillement l'efficacité du globéol pour la reconstitution du phtisique.

Dr Gagnière.

CONTRIBUTION
à l'étude d'une septicémie diplococcique (diplococcémie)

Par MM. BROQUIN et VULQUIN
du Laboratoire régional de Bactériologie de Troyes

Au cours des nombreuses hémocultures opérées au laboratoires en vue de déceler le bacille d'Eberth ou les bacilles paratyphiques, il nous a été donné derencontrer, dès le mois de novembre, un organisme n'ayant aucune attache avec les bacilles spécifiques de la typhoïde ou des paratyphoïdes.

Cet organisme fut pris tout d'abord pour une impureté de la peau, mais une asepsie complète du tégument externe au niveau de la veine où la ponction était opérée avec toutes les précautions désirables nous montra bien vite qu'il s'agissait d'une véritable septicémie.

L'existence de semblables infections a d'ailleurs été signalée antérieurement par Œttinger et Fiessinger.

D'autre part MM. Sartory et Lasseur, du laboratoire de bactériologie de l'Hôpital militaire de Nancy, ont étudié l'agent microbien de cette infection qu'ils ont signalé pour la première fois le 7 février 1915 à l'Académie des Sciences. Nos recherches faites parallèlement aux leurs, et dans un insu réciproque, nous ont conduit à des résultats à peu près identiques (1).

Dans presque tous les cas, les hémocultures, présentant ce germe, donnaient dans les 24 heures une prolifération largement suffisante pour établir sa présence dans le sang des malades. Une goutte d'hémoculture placée entre lame et lamelle et examinée comme pour la recherche du bacille d'Eberth, montrait de nombreux germes se présentant généralement sous forme d'haltères, dont voici les principaux caractères morphologiques et biologiques que nous avons observés :

Aspect microscopique : Coccus arrondi ou légèrement ovulaire, mesurant 0,5 à 0,7 aussi bien dans les cultures jeunes que dans les cultures âgées, le plus souvent groupé par deux (en forme de diplocoque), quelquefois groupé par quatre (en forme de tétrade), ou en amas irréguliers, rarement en chaînette de trois ou quatre grains, et jamais isolé. Aucune forme d'involution.

Coloration. Ce diplocoque se colore facilement par tous les colorants usuels, et reste coloré par la méthode de Gram.

Caractères des cultures. Ce diplocoque, aérobie vrai, cultive abondamment sur tous les milieux.

Bouillon : culture abondante en 24 heures. Sans voile à la surface, léger dépôt blanchâtre.

Sérum de bœuf liquide : culture assez abondante après 24 heures.

Lait : culture rapide en 24 heures ; coagulation en 48 heures et acidification ; odeur prononcée d'acide butyrique.

Gélose : En 24 heures, colonies nombreuses blanches, rondes , à contours nets, d'aspect assez brillant.

Gélatine : En surface même développement que sur gélose. En piqûre, culture en bouton ne liquéfiant pas la gélatine, même au bout d'un temps assez long (15 jours).

Sérum gélatinisé : Culture abondante en 24 heures, ne liquéfiant pas le milieu.

Virulence. La culture de 24 heures en bouillon, injectée sous la peau d'un cobaye, ne donne ni induration ni abcès au point d'inoculation.

Injecté dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin (2 cc. de culture) le diplocoque semble tout à fait dénué de virulence pour l'animal.

Au point de vue clinique l'infection diplococcique se traduit toujours chez les malades par une hyperthermie assez analogue à celle de la dothiénentérie, pour avoir fait penser aux médecins traitants qu'il devait s'agir de typhoïde ou de paratyphoïde. En réalité la température présente toujours de grandes oscillations irrégulières avec parfois de courtes périodes de fièvre continue. Aussi le graphique de la température de tous les malades que nous avons pu observer (1) se rapproche beaucoup plus de celui d'une septicémie vraie que de celui d'une infection typhique ou paratyphique.

Il conviendrait donc d'appeler cette affection diplococcique, qui constitue une entité morbide, ainsi que le disait M. Winstel (2) « diplococcémie », et non pas diplo-typhoïde, état typho-diplococcique etc., car l'agent infectieux n'a rien de commun avec le bacille d'Eberth ou les bacilles paratyphiques.

De plus, les malades observés, vaccinés ou non contre la typhoïde, qui provenaient en très grande partie de la région de l'Argonne située au nord de Sainte-Menehould, présentaient de la céphalée, tandis que la diarrhée et l'épistaxis étaient inconstantes ; plus inconstantes encore étaient les taches rosées lenticulaires. La stupeur était rare, ou, quand elle existait, elle était peu prononcée, tandis que les complications étaient assez fréquentes du côté du poumon, de la plèvre et du cœur.

En dehors de ces circonstances aggravantes, la diplococcémie évolue d'une façon assez simple, et le pronostic semble devoir être moins sombre que pour les états typhiques vrais.

Quant au traitement, il a été jusqu'ici uniquement symptômatique, mais son origine même laisse entrevoir la préparation possible d'un vaccin ou surtout d'un sérum anti-diplococcique.

Conclusion. L'infection diplococcique, bien que présentant des symptômes de ressemblance avec la fièvre typhoïde ou les paratyphoïdes, se rapproche plus des septicémies que de ces dernières. Elle constitue tant par son germe que par certains caractères différentiels, une entité morbide, à laquelle on doit donner le nom de « diplococcémie ».

(1) Sartory et Lasseur : Bulletin de la Société de médecine de Nancy, p. 162.

(1) Nous tenons à remercier ici MM. les Drs Finck, Bertrand, Blusson et Roure, qui nous ont permis de voir leurs malades, ou fourni des documents cliniques.

(2) Winstel " Bulletin de la Société de médecine de Nancy ", p. 223.

Le Traitement du Tétanos

Nous recevons la lettre suivante de notre excellent confrere M. le Dr Petit.

« Monsieur et très honoré Confrère,

« Dans votre numéro du 24 juin 1915 de la *Gazette Médicale de Paris*, que je viens de recevoir au front, je lis « Le traitement du tétanos par le « sulfate de magnésie ».

« Je me permets de faire savoir qu'en 1912, je passai ma thèse (3) sur ce sujet et qu'à l'intérieur, médecin d'un hôpital, avant d'être ici, j'ai continué ce traitement sur mes tétaniques.

« J'ai toujours employé la solution à 25 0/0 et n'ai jamais dépassé 6 cmc. Tous les accidents relatés dans ma bibliographie et dans mes expériences furent insignifiants et facilement réparables (rétention d'urine, douleurs lombaires, céphalalgies, etc...) et, en tous cas, toujours à négliger devant l'intensité des phénomènes morbides et le résultat obtenu.

« Je regrette ne pouvoir vous donner de plus amples détails. Les circonstances m'excusent.

« Agréez mes respectueuses salutations.

Dr Petit,
« Médecin aide-major. »

(3) Thèse 1912, chez Jouve *Tétanos confirmé et sulfate de magnésie.*

Intoxications médicamenteuses

Tout dernièrement, à la société de médecine de Paris (séance du 14 mai 1915), une très intéressante communication du Dr Mathé attirait l'attention sur les inconvénients très graves que présente pour certains malades — en nombre beaucoup plus considérable qu'on l'imagine communément a fait observer le Dr Depasse — l'administration de divers médicaments d'usage courant tels que l'aspirine, la quinine, le pyramidon, l'antipyrine, etc.

Dans le cas de M. Mathé dont nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici la très instructive observation, il s'agissait d'aspirine :

« Le dimanche 2 mai, M. H..., souffrant depuis 24 heures d'une névralgie intercostale qui lui rendait douloureux les mouvements respiratoires, *cède aux instances de sa femme* et prend un cachet d'aspirine de 0 gr. 50. Vingt minutes après le corps est couvert d'une éruption, la face devient rouge, vultueuse, œdématiée, les yeux sont congestionnés, les paupières se boursouflent, et tandis que l'on court à la recherche d'un médecin, la figure, comme dans l'érysipèle de la face, prend l'aspect d'un magot. Le nez est œdématié et le malade se plaint surtout de la sensation de sécheresse nasale qu'il éprouve : il ne peut respirer par le nez, et il a la sensation que la bouche et la gorge enflent ; il éprouve de la constriction de la gorge ; le ventre ballonne.

« Tel était l'aspect du malade lors de mon arrivée. On venait de lui poser des sinapismes et on lui mettait les pieds dans un bain à la farine de moutarde.

« Quelques minutes après le nez se dégage, il s'humidifie et la sensation d'angoisse disparait. Petit à petit les autres phénomènes diminuèrent d'intensité et, à 7 heures du soir, il ne restait que l'éruption cutanée et la congestion de la face qui durèrent jusqu'au lundi soir.

« M. H... avait été évacué il y a trois mois pour fièvre typhoïde. C'est un ancien paludéen dont le foie fonctionne mal. Il présente une extrême sensibilité aux médicaments et, pour cette raison, il ne veut point prendre. La quinine à la dose de 0.10 lui cause des malaises ; il aurait eu des troubles cardiaques violents ayant nécessité la présence d'un médecin à la suite de l'absorption d'un cachet de pyramidon au cours d'une grippe, il y a trois ans et, antérieurement, aurait été très malade pour avoir pris un cachet d'antipyrine.

« Il semble que l'on soit en présence d'une personne offrant de l'anaphylaxie médicamenteuse générale, une véritable idiosyncrasie à l'égard de tous les médicaments. »

Qu'il s'agisse d'anaphylaxie comme le veut M. Mathé ou simplement d'idiosyncrasie comme le prétend M. le Dr Gallois, ces phénomènes d'intoxication souvent très graves que l'on observe chez certains malades lors de l'administration de ces remèdes, d'emploi si commun, demandent à être bien connus des médecins.

Ils montrent, en effet, que des médicaments considérés en général comme inoffensifs, sont doués en réalité de propriétés toxiques très réelles, qui se manifestent en particulier chaque fois que le foie ou le rein ne possèdent pas leur entière intégrité fonctionnelle.

Mais, qu'il en soit ainsi indique la conduite à tenir. A ces malades si susceptibles, il importe avant tout de n'administrer sous aucun prétexte de ces composés chimiques pour eux si redoutables.

En raison de l'hypofonctionnement de leur

foie, il convient au contraire de leur faire prescrire des médicaments spécifiques pour cet organe : tel l'urodonal qui dans les affections du foie constitue le diurétique type ainsi que le montre si judicieusement M. le Dr Légerot, ancien professeur de physiologie générale et comparée de l'Ecole supérieure des sciences d'Alger dans son beau travail : *Pharmacodynamie et applications cliniques de la médication par l'urodonal*, telle la filudine dont l'usage dans toutes les affections liées à des altérations hépatiques — ictère, lithiase biliaire, cirrhoses, diabète, obésité, etc. — se trouve particulièrement indiquée, en raison même de sa composition qui en fait un médicament opothérapique par excellence.

Aux médecins de ne point l'oublier.

REVUE CLINIQUE

L'Auscultation du pouls veineux

Par M. le Docteur O. JOSUÉ
Médecin de l'hôpital de la Pitié

Nous avons fait connaître une technique nouvelle, l'auscultation du pouls veineux, méthode qui fournit des renseignements précis sur la contraction cardiaque et qui permet de faire le diagnostic complet des arythmies sans avoir recours aux tracés. Ne nécessitant aucune instrumentation spéciale, l'auscultation jugulaire peut être pratiquée au lit du malade dans toutes les circonstances. Elle nous rend de grands services en médecine militaire où l'on observe fréquemment des troubles du rythme cardiaque

On perçoit à l'auscultation jugulaire, des bruits qui correspondent aux soulèvements des tracés veineux. Mais pour entendre ces bruits, il est indispensable de se conformer exactement à la technique que nous avons indiquée

Le malade est couché sur le dos, la tête basse sans oreiller ni traversin. On se place à la droite du malade et on ausculte à l'aide d'un stéthoscope à petit pavillon d'un diamètre de deux centimètres environ. On applique le stéthoscope à la base du cou, du côté droit, entre les deux chefs du sterno-mastoïdien. Il faut incliner le sthétoscope de façon que son axe soit dirigé non pas perpendiculairement à l'axe du cou, mais obliquement en bas, en arrière et en dedans, vers le médiastin. On appuiera le plus légèrement possible l'oreille sur le stéthoscope ; c'est la partie délicate de la technique. Si la pression est trop forte, on écrase la jugulaire et on n'entend plus la veine, mais l'artère sous-jacente.

On aura soin de prendre en même temps, le pouls radial afin de localiser dans le temps les bruits perçus et pour cela, il est plus commode d'ausculter avec l'oreille gauche.

En procédant ainsi, on entend, à l'*état normal*, trois bruits qui reproduisent le rythme du bruit de galop : deux bruits très rapprochés, un petit silence, puis un troisième bruit, enfin un grand silence.

Le premier bruit précède le pouls radial, il est dû à la contraction de l'oreillette droite et répond au soulèvement *a* du pouls veineux. Le deuxième bruit coïncide sensiblement avec le claquement de la valvule tricuspide et représenté le soulèvement *c* des tracés. Le troisième bruit est le claquement des sigmoïdes pulmonaires propagé ; il marque le début de la diastole générale et répond sensiblement au sommet du soulèvement *v* des tracés veineux.

Dans les cas de *bradycardie totale*, le grand silence qui sépare les groupes de trois bruits est allongé, sans autre modification.

Quand il y a *dissociation auriculo-ventriculaire*, deux cas peuvent se présenter : A) Tantôt le timbre des bruits auriculaires est très différent de celui des claquements ventriculaires et sigmoïdiens On perçoit alors. d'une part des groupes de deux bruits qui répondent aux soulèvements *c* et *v* survenant du rythme lent du pouls, et d'antre part des bruits auriculaires plus sourds dont le rythme est plus rapide. B) Tantôt le timbre des bruits auriculaires est le même que celui des autres bruits. Il faut alors ausculter assez longtemps pour constater qu'en plus des bruits ventriculaires faciles à identifier grâce au pouls, il y a d'autres bruits qui sont des bruits auriculaires venant interférer avec les précédents et en troubler le rythme.

Dans la *fibrillation auriculaire avec arythmie complète*, les oreillettes ne présentent pas de contractions efficaces. Il en résulte que le soulèvement *a* n'existe pas dans les tracés jugulaires et que le premier bruit est absent à l'auscultation jugulaire. On n'entend que les deux bruits ventriculaires dont le rythme est irrégulier ; de plus leur timbre est en général clangoreux.

Les *extrasystoles* se reconnaissent à leur timbre plus sec, plus claqué que celui des autres contractions. Elles surviennent d'une façon précoce et certaines sont suivies du repos compensateur caractéristique.

L'auscultation du pouls veineux fournit donc des renseignements cliniques précieux de même ordre que ceux que donne la méthode graphique. La concordance maintes fois constatée entre les tracés et l'auscultation jugulaire établit la valeur clinique considérable de ce nouveau mode d'exploration.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi d'une huile éthéro-camphrée à la place de l'huile camphrée du Codex

Par M. O. CROUZON

L'huile camphrée est entrée, dans ces dernières années, d'une façon beaucoup plus courante dans la thérapeutique. On sait aujourd'hui quels services elle peut rendre, aussi bien dans les affections médicales que dans les affections chirurgicales. Je ne citerai que pour mémoire son efficacité dans la pneumonie des vieillards, dans tous les états de collapsus, d'adynamie, dans les péritonites aigues, etc...

Mais il est indispensable, pour obtenir le maximum d'action thérapeutique, d'employer l'huile camphrée à des doses considérables : 20, 25, 30, 40 et même 50 centimètres cubes. Or, il résulte très rapidement un inconvénient de l'emploi quotidien de ces doses massives : ce sont les nodosités qu'elles laissent à leur suite, et même les abcès qu'elles peuvent provoquer.

Nous avions été frappé de ces inconvénients dans l'emploi fréquent que nous avons fait, à la Salpêtrière, de ce médicament ; aussi avons-nous demandé à M. Viron, pharmacien en chef de la Salpêtrière, si ces inconvénients pouvaient tenir à la qualité de l'huile, à sa stérilisation, ou s'ils étaient inévitables, même en se plaçant dans les meilleures conditions.

C'est alors que nous avons, sur les suggestions de M. Viron, employé d'une façon systématique, à la place de l'huile camphrée, une huile éthéro-camphrée beaucoup plus fluide que l'huile camphrée du Codex, se résorbant beaucoup plus facilement et laissant, par conséquent, beaucoup moins de nodosités.

Voici la formule de cette préparation :

Camphre	1 gramme
Ether sulfurique anesthésique	1 —
Huile d'olive lavée à l'alcool et stérilisée (procédé du Codex)	10 —

Le remplissage des ampoules sous la cloche à vide exige des soins spéciaux, car, dans ces conditions, l'éther, très volatil, disparaîtrait en proportions notables ; c'est pourquoi il faut avoir la précaution de mettre sous cette cloche à vide une capsule renfermant une quantité suffisante d'éther pour qu'elle soit complètement saturée.

L'huile dont nous donnons ci-dessus la formule et que nous avons toujours employée jusqu'ici est donc une huile au 1/12, puisque dans 12 grammes il y a 1 gramme d'éther pur et 1 gramme de camphre. Il est très possible également de la préparer au 1/10 en mettant 8 grammes d'huile stérilisée pour 1 gramme de camphre et 1 gramme d'éther.

L'emploi que nous avons fait de cette préparation nous autorise à affirmer sa supériorité incontestable sur l'huile camphrée du Codex.

Sans vouloir relater ici tous les exemples que nous avons eus sous les yeux, nous nous contenterons de rapporter quelques faits très démonstratifs en comparant l'emploi des deux formules d'huile camphrée.

Parmi les cas de fièvre typhoïde observés à l'infirmerie du personnel de la Salpêtrière, nous avons eu un certain nombre de formes à allure ataxo-adynamique ou des complications telles que la myocardite. Nous avions tout d'abord appliqué chez ces malades le traitement de l'huile camphrée ordinaire du Codex à doses très élevées. Chez telle de nos malades, la moyenne d'injections d'huile camphrée avait été de 9 centimètres cubes par jour pendant 12 jours, au total 108 centimètres cubes. Chez telle autre, la moyenne avait été de 17 centimètres cubes par jour pendant vingt-quatre jours, au total 425 centimètres cubes. (Nous sommes persuadé que si nous avons pu soutenir et sauver toutes nos malades, sauf une, dans la série exceptionnellement grave que nous avons observée, c'est surtout à ce traitement que nous le devons). Mais chez la plupart de ces malades, qui ont reçu des doses élevées, il s'est produit invariablement des nodosités suivies d'abcès.

Or, l'huile éthéro-camphrée, suivant la formule de la Salpêtrière, chez d'autres malades qui ont subi des doses encore plus considérables, n'a produit aucun abcès dans la suite ; c'est tout au plus s'il y a eu des nodosités pendant quelque temps. C'est ainsi que nous avons pu arriver à donner à une malade une moyenne de 24 centimètres cubes par jour d'huile éthéro-camphrée pendant vingt-quatre jours consécutifs, au total 589 centimètres cubes, et que, pendant cette période, il est des jours où nous avons atteint la dose quotidienne de 42 centimètres cubes.

Il ne s'est produit que des indurations passagères qui se sont résorbées facilement et qui n'étaient nullement comparables aux nodosités suivies d'abcès que nous observions avec la formule du Codex.

Les faits que nous avons observés ont eu, à notre avis, une valeur d'expérience ; c'est pourquoi nous n'hésitons pas à recommander de préférence l'huile éthéro-camphrée dans tous les cas où l'huile camphrée a été jusqu'ici employée avec tant d'efficacité. (1)

REVUE DE CHIRURGIE

Angiome de la face traité et guéri par la ligature de la carotide externe, de la veine faciale et des injections solidifiantes.

Par M. le Dr J. BOURGUET

Le traitement des angiomes de la face est une chose délicate et souvent difficile. Comment faire disparaître ce boursouflement du visage

(1) Soc. med. des hôp.

qui incommode au plus haut point le malade s'il ne le fait point souffrir ? Tuffier, Morestin ont vanté la méthode thérapeutique consistant à interrompre la voie sanguine de l'aller et celle du retour et à bloquer tout le tissu angiomateux par un coagulant. Nous l'avons appliquée chez notre malade. Elle nous a donné pleine satisfaction, puisque nous l'avons guéri.

Observation. — M. B..., dix-neuf ans, de Bakou (Caucase), étudiant à l'Institut électrotechnique, vient nous trouver, en janvier 1914, pour que nous le débarrassions d'une sensation « de boule » qu'il éprouvait toutes les fois qu'il se baissait, du côté droit de la face. Il y a quatre ans, il a été opéré à deux reprises différentes par Finkelstein, de Bakou : la première fois par une incision cutanée ; la seconde par voie sousjugale. Il avait à cette époque, nous dit-il, la joue droite beaucoup plus saillante que la gauche et le diagnostic d'angiome a été établi par ce chirurgien. Malgré ces deux interventions, la sensation éprouvée ne s'est guère modifiée. La saillie seule est devenue moins apparente. A son passage en Belgique, il va consulter un chirurgien qui ne lui fait subir aucun traitement, et, à Toulouse, un médecin lui donna des granules d'aconitine cristallisée.

En examinant notre malade, nous constatons une tuméfaction s'étendant de l'angle interne de l'œil droit jusqu'à un plan horizontal passant par la fente buccale et occupant la région sous-orbitaire et genienne. De ce côté se remarque une ligne cicatricielle rougeâtre oblique d'avant en arrière et de haut en bas, s'étendant de la partie inférieure du sac lacrymal jusqu'à trois travers de doigt en arrière de la commissure buccale et tranchant nettement sur la partie mate de la peau. L'affection est indolente ; elle gêne toutes les fois que le malade penche la tête en avant et la tumeur devient à ce moment plus volumineuse. Le maximum du relief est à la partie inférieure de la pommette. A la pression, on sent une tumeur de consistance souple, réductible.

Le malade nous fait remarquer que toutes les fois qu'il se baisse la partie supérieure de sa lèvre devient plus lourde, plus pesante, comme si un poids se détachait du côté de la poulie de son grand oblique et venait s'arrêter à cet endroit. En plus, en plaçant la pulpe de l'index dans le sillon gingivo-labial, il avait l'impression d'un « paquet de vers » se trouvant à cet endroit. En examinant cette région, le malade ayant la tête inclinée en avant, on voyait de petits pelotons veineux s'accuser et venir faire saillie sous la muqueuse.

Nous proposons au malade de le débarrasser de cette gêne en décollant la joue et en pratiquant en plein tissu des larges pointes de feu. Le malade accepte et le 7 janvier, sous anesthésie locale, incision analogue à celle qui est pratiquée pour un Cadwell-Luc. Dès que la rugine s'est frayée un chemin sur la face antérieure de l'os maxillaire, du sang en nappe et en quantité considérable s'échappe de la face profonde de la joue, que nous arrêtons en réappliquant celle-ci sur son soutien osseux, mais, dès que nous la soulevons à nouveau, nous avons une abondante hémorragie. Notre but ne pouvant être atteint de cette manière, nous introduisons une lanière de gaze sous la joue et faisons un pansement compressif.

Trois jours après, nous faisons sortir notre malade de la maison de santé. Il y rentrait à nouveau le 3 février. Le lendemain, sous anesthésie locale, nous pratiquons dans un pli de flexion du cou une incision à droite, longue de 4 à 5 centimètres, et oblique, en arrière de la grande corne de l'os hyoïde. Nous pénétrons dans la profondeur et avec la sonde cannelée nous arrivons sur le paquet vasculo-nerveux ; quand nous eûmes vu le grand hypoglosse et la carotide externe avec une de ses branches, nous passâmes en dessous de celle-ci une aiguille de Deschamps et la liâmes. Celle-ci liée, nous allâmes aussi jeter un fil sur la veine faciale pour interrompre la voie de retour. L'incision est refermée par quelques points à la soie.

La voie sanguine étant ainsi en grande partie arrêtée, nous nous occupâmes de l'angiome. Notre but était de faire tout autour de ses limites un peu imprécises une série de piqûres en laissant couler en plein tissu quelques gouttes de liquide solidifiant (formol au tiers d'après la formule de Morestin). Les premières gouttes étant très douloureuses, nous faisons anesthésier le malade au somnoforme et nous injectons en tout, tant au centre de la tuméfaction angiomateuse qu'à la périphérie, 1 c. c. 1/2 de la solution, pendant qu'un aide faisait de la compression au niveau de la veine angulaire.

Un pansement compressif fut appliqué sur la joue. La nuit fut assez mauvaise. L'opéré se plaignit de douleurs et le lendemain on constatait un œdème considérable de la joue, de la lèvre correspondante, avec salivation abondante. Tous ces phénomènes rétrocédèrent peu à peu. Six jours après, le malade pouvait quitter la maison de santé et on pouvait sentir à la palpation de la joue un bloc dur correspondant à l'angiome. Le 23 février, nous avons revu notre opéré ; le bloc a entièrement disparu. La joue n'est plus saillante. La sensation de pesanteur, ressentie dans l'acte de pencher la tête en avant, n'a plus reparu. On perçoit cependant un peu au-dessus du pli naso-labial une sorte d'empâtement dû au tissu pathologique persistant. Pour obtenir une guérison complète, le 27 février, nous faisons une autre injection de formol au tiers.

Actuellement, il n'y a plus trace d'angiome et les sensations éprouvées par le malade ont complètement disparu.

Morestin a publié deux cas guéris de cette manière, et nous pensons qu'à l'heure actuelle c'est le meilleur mode de traitement pour guérir ces tumeurs vasculaires de la joue. Notre malade vient confirmer encore l'excellence de ce procédé, qui est en même temps un des plus rapides (1).

(1) Soc. de chirurgie de Toulouse.

REVUE DE TOXICOLOGIE

Plaies phosphorées et essence de térébenthine

Par M. le Docteur P. CARLES
Correspondant national de l'Académie de médecine

Un journal très répandu à cause surtout de ses belles gravures d'actualité, *L'Illustration*, a écrit le 15 mai ce qui suit :

« L'attention de la Société de chirurgie a été appelée sur le caractère et la gravité particuliers des plaies faites par les obus incendiaires allemands. Ces obus renferment du phosphore. Or, des parcelles de celui-ci accompagnent les éclats de l'obus et sont, de la sorte, introduites dans la plaie. Comme le phosphore désorganise les tissus, ces éclats tendent à faire des plaies où les tissus morts sont plus abondants, des plaies particulièrement favorables au développement de la gangrène gazeuse, du tétanos et de l'infection en général. Toutes les fois donc que l'on peut se croire en présence d'une plaie phosphorée, il faut pratiquer de larges débridements et nettoyer avec un soin particulier : tel est le conseil donné par les chirurgiens.

« Une très curieuse observation de plaie phosphorée a été présentée par M. Figuera qui a vu un chasseur alpin blessé à la jambe et au bras par éclats d'obus, chez qui la plaie, quand on enleva le premier pansement, fut le siège d'une petite explosion avec flamme et fumée à odeur phosphorée. En nettoyant à l'eau oxygénée, on vit se produire une série de petites explosions ou crépitations. Celles-ci se présentèrent plusieurs jours encore, ce qui indique la présence de nombreuses parcelles de poison, et on ent lieu de redouter de la gangrène gazeuse. Celle-ci se présenta, en effet. On put l'arrêter toutefois. Mais ceci ne sauva pas le blessé qui mourut avec tous les symptômes de l'intoxication phosphorée. C'est à se demander si, en pareil cas, et du moment où la blessure siège au bras ou à la jambe, il ne vaudrait pas mieux amputer d'emblée, pour éviter l'intoxication générale par le phosphore. »

Eh bien, c'est précisément pour réagir médicalement contre cette proposition radicale, pour faire une nouvelle fois de la chirurgie conservatrice, que nous avons rapporté cette note. Néanmoins, nous le reconnaissons, l'intoxication générale par le phosphore est une des plus difficiles à combattre, du moins quand on n'administre pas le contrepoison à temps.

Une des expériences qui l'ont établi a été faite en 1869 et communiquée à l'Académie de médecine dans les premiers mois de cette année.. L'auteur était le professeur Lapersonne. Comme à ce moment nous étions son préparateur et son seul collaborateur, nous pouvons en parler en connaissance de cause (1).

Or, l'expérience porta sur 15 chiens, disposés en trois séries de 5. La première reçut du phosphore seul, de 0,10 à 0,30 ; la seconde prit, en outre, de l'essence de térébenthine de une heure à deux heures après le toxique. A la troisième on donna phosphore et essence à la suite, sans temps d'arrêt.

Dans ces conditions, tous les animaux n'ayant pas pris d'essence sont morts. Dans les deux autres séries, il n'est mort qu'un seul animal dans chacune, ce qui fait 2 sur 10. Mais, hâtons-nous d'ajouter, la cause de ces morts peut être discutée, parce qu'à ce moment le froid était tel que l'écuelle d'eau tenue dans la pièce fermée à la disposition des animaux malades fut absolument congelée.

Notons encore que le phosphore était donné par voie stomacale sous forme d'huile phosphorée émulsionnée, c'est-à-dire la plus favorable à une prompte absorption.

Lorsque, au contraire, le phosphore est enfermé dans un débris de projectile et introduit ainsi dans une plaie, il se trouve dans des conditions défavorables à cette rapidité d'absorption et on a plus le temps de combattre ses effets pernicieux.

Voilà pourquoi, le cas échéant, nous conseillerions alors de tenir plutôt le malade sous l'action continue de l'essence de térébenthine soit émulsionnée, soit en nature, logée en perles ou en capsules. Tant que l'urine du malade aura une franche odeur de violette, il est probable qu'il y aura saturation suffisante de l'organisme et oxydation du phosphore, non plus aux dépens de l'hémoglobine mais de l'oxygène condensé apporté par le térébenthène. C'est là une des causes pour lesquelles un odorat bien exercé ne retrouve plus alors l'odeur spéciale du phosphore dans l'urine et que celle-ci ne donne pas non plus les lueurs caractéristiques par la méthode de Mitseherlich.

A défaut d'eau oxygénée du Codex, l'eau térébenthinée serait elle-même expressément indiquée pour le lavage des plaies phosphorées, parce qu'elle constitue une variété d'eau oxygénée faible sans doute, mais de puissance continue.

Si on veut en avoir la preuve, il n'y a qu'à introduire quelques grammes d'essence commerciale ordinaire dans une carafe blanche ou moins bien dans une bouteille de 1 litre qu'on remplit à moitié d'eau potable. Si on agite très vivement pendant un moment, l'eau se charge d'ozone, elle est apte à décolorer l'indigo. Si on a ajouté préalablement du sucre, elle le transforme plus ou moins en acide oxalique. Une légère chaleur, telle que celle du soleil,

(1) Voir *Journ. de pharm. et de chim.*, 1869, p. 350.

favorise cette puissance oxydante ; et ce rôle est pour ainsi dire continu ; car si on renouvelle l'air de la bouteille et si on agite de nouveau, la puissance chimique du térébenthène se renouvelle avec toute son énergie première L'essence n'est donc qu'un condenseur et un véhiculeur de l'oxygène de l'air à l'eau et aux éléments combustibles qu'elle contient. Or, dans la circonstance, le phosphore les prime tous et ses combinaisons avec l'oxygène sont innocentes.

Il y a, ce nous semble, dans ces faits quelque chose qui montre que l'essence de térébenthine de nos landes de Gascogne a un rôle à remplir dans la guerre moderne. Sons ce rapport, la vieille jaunie par le temps, ou plutôt par l'oxygène qu'elle a absorbé pendant ce temps, sera supérieure à la nouvelle bien blanche et distillée d'hier.

REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

De la Stérilisation des cultures ou des émulsions microbiennes par la chaleur, sous couche mince.

Par M. H. STASSANO (de l'Institut Pasteur)

Lorsqu'on stérilise par la chaleur une culture en bouillon ou une émulsion microbienne dans de l'eau physiologique, dès que le liquide atteint, au contact de la surface chauffée, la température mortelle pour les microbes qu'il renferme, un nombre assez important de ces derniers est tué. Ce nombre grandit au fur et à mesure que le chauffage se prolonge, jusqu'à ce que la masse tout entière du liquide ait gagné la température requise. A ce moment, la stérilisation est achevée.

Pour parvenir à ce résultat, la durée du chauffage à la température limite varie en raison du volume du liquide sur lequel on opère et de la masse, autrement dit du nombre des microbes qui y sont en suspension. Cependant, la durée de la stérilisation peut être sensiblement réduite si on a soin d'agiter le liquide. Un plus grand nombre de microbes que par le jeu normal des courants de convection sont ainsi portés au contact de la paroi chauffée. D'où la stérilisation plus rapide avec un plus prompt équilibre thermique.

On peut parvenir beaucoup mieux à ce même résultat, d'une façon infiniment plus rapide et autrement plus régulière pour chaque microbe, en faisant circuler le liquide à stériliser entre deux surfaces parallèles chauffées convenablement et séparées entre elles par l'intervalle le plus restreint qu'il soit possible de réaliser. Dans l'appareil que j'ai construit dans ce but, la culture ou l'émulsion microbienne traverse, sous la pression continue et régulière d'un gaz inerte, l'azote, une cuve rectangulaire extrêmement aplatie. Cette cuve est formée par deux épaisses et larges plaques de bronze, absolument planes et parfaitement superposables. Un cadre retaillé dans une feuille de papier japon de 1/100 de millimètre d'épaisseur, tient les deux plaques uniformément écartées l'une de l'autre et limite, dans son périmètre intérieur, les quatre côtés de la dite cuve. De nombreuses vis en assurent l'étanchéité en serrant fortement tout autour le mince cadre de papier entre les deux plaques. On a ainsi un véritable bloc, que l'on chauffe dans un bain-marie à la température demandée.

Par deux rangées de petits trous, percés sur l'une des deux plaques, une rangée à une extrémité et l'autre rangée à l'autre extrémité de la cuve, dans le sens de la longueur, on établit la circulation du liquide à stériliser.

Ce procédé de stérilisation présente nombre d'avantages; les principaux sont :

I. Il permet de déterminer avec beaucoup plus de précision que par les procédés employés jusqu'ici (récipients de différentes formes et capacités, tubes capillaires), les limites de résistance à la chaleur des différentes espèces de microbes. J'en retiens, comme preuve, le fait qu'en essayant un petit appareil construit d'après le principe ci-dessus, j'ai été mis à même de constater l'existence, dans une même culture, de microbes assez différents les uns des autres à l'égard précisément de la résistance à la chaleur.

Voici des exemples : une émulsion de colibacilles venant d'être préparée avec une culture sur gélose de 20 heures était complètement stérilisée par la température de 58°. Cette même émulsion, huit jours après, même à 61° n'était pas entièrement stérilisée.

Une émulsion de vibrions du choléra de 18 heures, en traversant rapidement, c'est-à-dire en un tiers de seconde environ le petit appareil en question, perdait déjà plus de la moitié de ses vibrions à la température de 45° ; il ne lui en restait plus que 1/5 de vivants à la température de 50°, et quelques individus à peine à la température de 55°. Une goutte, en effet, de cette émulsion, diluée 20.000 fois, qui, lorsque l'émulsion n'avait pas encore été chauffée donnait 2.342 colonies, n'en donnait plus après cette dernière épreuve (55°) que 12. Pourtant, pour la rendre absolument stérile, d'après le contrôle rigoureux de très abondants ensemencements en bouillon, il fallait arriver à 58°.

Cette même émulsion, n'étant pas chauffée, ne renfermait huit jours après, par le seul fait du vieillissement, que le dixième d'éléments vivants, tous transformés en boules. Si on la soumettait à ce moment dans les mêmes conditions — épaisseur de la couche, rapidité d'écoulement — à des températures allant de 45° à 58°, elle accusait une résistance plus grande que l'émulsion fraîche de 18 heures. Cette supériorité atteignait le 30 p. 100 d'après la comparaison des plaques d'isolement et se maintenait presque la même aux différents degrés de température.

Les éléments sphériques ou arthrospores de Hueppe sont donc sensiblement plus résistants que les formes à virgule du vibrion du choléra, ainsi que M. Violle et moi l'avons pu établir par le procédé dont il s'agit. Nicati et Riestch (1886) n'y avaient pas réussi par les procédés courants.

II. Par ce procédé on tue les microbes d'une façon uniforme en tant que durée du chauffage et degré de température, et on n'en altère pas sensiblement le pouvoir antigène, immunisant. Alors que dans toutes les bouillies de microbes tués par la chaleur, destinées à la préparation des vaccins chauffés (antityphoïdique, anticholérique, etc.) on trouve à côté de très nombreux microbes (la grande majorité) tués depuis le début de la stérilisation et qui finissent par être archicuits étant sans cesse amenés contre la paroi chauffée par les remous, on trouve, au contraire, une petite fraction qui viennent à peine, au bout de 1 à 2 heures de chauffage, d'être atteints par la température limite. Le pouvoir antigène de ces différents microbes doit varier, par conséquent, considérablement des uns aux autres et ne peut qu'être très amoindri chez les microbes surchauffés.

Effectivement, les émulsions de bacilles typhiques et cholériques stérilisées pendant 1 à 2 heures, comme c'est indispensable dans ce genre de préparations, et même les émulsions chauffées seulement à 56° ont perdu une grande partie de leur agglutinabilité vis-à-vis des sérums spécifiques et de leur toxicité sur les animaux. Au contraire, les émulsions stérilisées par le procédé de la couche mince, ainsi que j'ai pu m'en assurer, conservent intégralement l'agglutinabilité et la toxicité des émulsions vivantes.

Ce procédé, donc, appliqué à la fabrication des vaccins chauffés, pourra augmenter de beaucoup leur efficacité et supprimer, par contre, en grande partie, ce qui n'est pas non plus un avantage à dédaigner, les troubles locaux et généraux qu'ils engendrent, imputables simplement à l'opération du chauffage, comme les expériences de Castellani l'ont établi.

III. Ce procédé peut permettre, en outre, de stériliser ou de pasteuriser différents liquides organiques, le lait, notamment, sans apporter d'appréciables modifications dans leurs constituants, dans leurs caractères. Même les oxydases du lait sont en bonne partie épargnées par ce procédé de stérilisation.

CARNET DU PRATICIEN

Blennorragie aiguë de la femme

Prescrire des bains fréquents.

Instituer la cure de pagéol, de douze à seize capsules par jour.

Pratiquer deux ou trois fois par jour, des injections vaginales avec de la gyraldose (une cuillerée à soupe pour un bock de deux litres rempli d'eau bouillie aussi chaude qu'il sera possible de la supporter).

Lavage de l'urètre avec la même solution.

Régime alimentaire : Eviter les salaisons, les mets épicés, ne prendre aucune boisson alcoolique et soigneusement éviter l'usage de la bière. Boire de l'eau ou du lait de préférence.

Contre le Prurit urticarien.

Recourir aux poudres d'amidon, de talc, d'oxyde de zinc, ou mieux aux poudres composées dans le genre de la suivante :

Menthol pulvérisé	0 gr. 20
Camphre —	1 —
Carbonate de magnésie	40 —
Oxyde de zinc pulvérisé	40 —
Poudre de talc	20 —

Contre l'aménorrhée

Chaque jour, prendre de 4 à 6 des pilules suivantes :

Safran de mars	0 gr. 10
Poudre d'aloès	0 gr. 10
Poudre de safran	0 gr. 15
Extrait d'armoise	Q. S.

Pour une pilule nº 40.

Entre les repas, prendre deux comprimés de faudorine.

Typhus exanthématique à forme hémorragique.

Prescrire la potion suivante :

Ergotine	2 grammes.
Chlorure de calcium cristal.	4 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	25 —
Eau distillée q. s. p.	150 —

Par cuillerées à soupe toutes les deux heures.

Hémorroïdes

Instituer la cure d'urodonal (20 jours par mois, trois cuillerées à café dans un verre d'eau) et recommander l'usage régulier du jubol, de 1 à 3 comprimés le soir, pour éviter la constipation.

Onctions, matin et soir, sur les bourrelets hémorroïdiaux avec la pommade ci-dessous.

Iodure de potassium	2 grammes
Extrait de ratanhia	4 —
Laudanum de Sydenham	0 gr. 50
Extrait de belladone	0 gr. 50
Axonge	30 gr.

Contre le vertige de l'estomac et le mal de mer.

Chloralamide	2 grammes
Bromure de potassium	2 —
Eau chloroformée	10 —
Teinture de zestes d'oranges	15 —
Eau distillée	820 —

2 à 3 cuillerées à soupe par jour dans l'intervalle des accès.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 50.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J.-Rousseau

L'Administrateur-Gérant : A. GEOFFROY

Les Médecins et la Guerre

(Suite)

M. A. Thiéry, médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale, médecin chef de l'ambulance 8.
M. Bertrou, médecin de 3e classe.
M. Causeret, médecin-major de 1re classe au 8e régiment de marche de zouaves.
M. Ch. Lacoste, médecin-major de 2e classe au 54e bataillon alpin de chasseurs à pied.
M. Bedel, médecin aide-major de 2e classe de réserve au 170e régiment d'infanterie.
M. Caujolle, médecin-major de 2e classe au 301e régiment d'infanterie.
M. Rohmer, médecin aide-major de 2e classe de réserve au 79e régiment d'infanterie, 3e bataillon.
M. Beaufort, médecin-major de 2e classe au 4e régiment de marche de tirailleurs algériens.
M. Delanglade, médecin-major de 2e classe territorial, ambulance 2/70 d'un corps d'armée.
M. G. Lemerle, médecin aide-major de 1re classe de réserve, médecin du 2e groupe du 51e régiment d'artillerie.

MÉDAILLE MILITAIRE

M. Luisy, médecin auxiliaire au 46e régiment d'infanterie.
M. L. Hufnagel, médecin auxiliaire au 2e régiment de marche du 1er étranger.
M. F. Berton, médecin auxiliaire au 66e régiment d'infanterie.
M. Mayet, médecin auxiliaire au 237e régiment d'infanterie.
M. J. Keller, médecin auxiliaire au 279e régiment d'infanterie.
M. Jacques Florand, médecin auxiliaire au 11e régiment du génie.
M. P. Arrighi, médecin auxiliaire au 21e régiment d'infanterie coloniale.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES EPIDÉMIES

Médaille d'argent. — M. Daubois, médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale, attaché à l'hôpital complémentaire n° 8, à Valence.

Citations à l'Ordre de l'Armée

M. Rolland, médecin-major de 2e classe, chef de service au 364e régiment d'infanterie.
M. Foisy, médecin auxiliaire au 3e régiment d'artillerie coloniale.
M. Evrard, médecin-major de 2e classe au 8e régiment de marche de tirailleurs.
M. Plancke, médecin aide-major de 1re classe au 4e régiment de marche de zouaves.
M. Durand, médecin aide-major de 2e classe au 77e régiment d'infanterie.
M. Pauliac, médecin aide-major de 1re classe au 1er régiment mixte de zouaves et de tirailleurs.
M. Carpanetti, médecin-major de 2e classe, médecin chef de l'ambulance 2/45, médecin-major de 2e classe au 3e régiment de zouaves.
M. G. Codeville, médecin aide-major de 2e classe au 43e régiment d'infanterie.
M. Pasquier, médecin aide-major de 1re classe de réserve de l'aviation d'un corps de cavalerie.
M. Mathieu de Fossey, médecin-major de 2e classe, médecin chef de l'ambulance n° 3.
M. Ch. Lamarre, médecin aide-major de 1re classe de réserve à l'ambulance 3/2.
M. L. Izou, médecin aide-major de 2e classe de réserve au 42e régiment d'artillerie.
M. Regnault de la Soudière, médecin auxiliaire au 35e régiment d'infanterie.
M. Hauvuy, médecin-major de 2e classe au 5e bataillon de chasseurs.
M. J. Mistarlet, médecin auxiliaire au 166e régiment d'infanterie.
M. A. Combes, médecin auxiliaire au 303e régiment d'infanterie.
M. Cheynel, médecin-major de 2e classe au 4e régiment d'infanterie coloniale.
M. Ch. Meynet, médecin aide-major de 2e classe au 126e régiment d'infanterie.
M. L. Loin, médecin-major de 2e classe de réserve à titre temporaire au 128e régiment d'infanterie.
M. Béal, médecin-major de 2e classe, médecin chef d'une ambulance de division.
M. Lemierre, médecin aide-major de 2e classe de réserve au 234e régiment d'infanterie.
M. Régnier, médecin-major de 2e classe au 10e régiment d'infanterie.
M. Loubatié, médecin auxiliaire au 9e régiment de marche de zouaves.
M. Pol Angelé, médecin auxiliaire au 1er régiment mixte de zouaves et de tirailleurs.
M. Delabousse, médecin chef du groupe de brancardiers d'une division.
M. Duchene-Marullaz, médecin-major de 1re classe, chef des postes de secours d'une brigade.
M. Sautreau, médecin aide-major de 2e classe.
M. Chassard, médecin aide-major de 2e classe.
M. Lapis, médecin-major de 2e classe.
M. Bonhomme, médecin aide-major de 2e classe.
M. Gelineau, médecin auxiliaire.
M. Lajus, médecin-major de 2e classe.
M. Dessaigne, médecin aide-major de 1re classe.
M. Funk Brentano, médecin auxiliaire.
M. Doz, médecin auxiliaire.
M. Jubin, médecin-major de 2e classe au 6e régiment colonial.
M. Gauthier, médecin aide-major de 2e classe au 2e bataillon du 4e zouaves.
M. Pochard, médecin auxiliaire au 42e régiment d'artillerie.
M. Houlez, médecin aide-major de 2e classe au 91e régiment d'infanterie.
M. Schweisguth, médecin aide-major de 1re classe de territoriale au 7e groupe de 120 lourd du 4e régiment d'artillerie.
M. Paul Jacquelin, médecin aide-major de 2e classe au 329e régiment d'infanterie.
M. Riser, médecin auxiliaire au 329e régiment d'infanterie.
M. Drouard, médecin-major de 2e classe à la brigade de spahis.
M. Rolland Gillier, médecin auxiliaire au 3e bataillon 3e tirailleurs.
M. Maux, médecin aide-major de 1re classe au régiment de tirailleurs marocains.
M. Buisson, médecin aide-major de 1re classe au 128e régiment d'infanterie.
M. Masini, aide-major de 1re classe (citation à l'ordre du régiment).

ÉCHOS

Publicité dangereuse

Tout récemment, dans une remarquable communication à la Société des Experts chimistes de France, M. Ed. Bonjean, chef du laboratoire et membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, signalait à ses collègues les dangers très réels qu'une publicité trompeuse, en matière d'hygiène publique, peut faire courir à la population civile ou militaire.

Rien de plus justifié que cette protestation de l'éminent chimiste qui, notamment, montre dans son travail, et avec force preuves à l'appui, qu'en dépit des merveilleuses réclames dont ils sont l'objet, certains produits, soi-disant souverains pour débarrasser les eaux d'alimentation de tous germes nocifs, sont complètement inactifs et, par suite, constituent un danger grave pour la population, puisqu'ils empêchent celle-ci, confiante en leur soi-disant efficacité, de prendre les précautions indispensables recommandées justement par tous les hygiénistes instruits.

L'Allemagne a perdu 783 médecins

D'après un journal médical allemand, l'armée allemande aurait perdu 783 médecins depuis le commencement de la guerre.

228 ont été tués ou sont morts des suites de blessures; 354 ont été blessés, 81 sont prisonniers et 120 sont manquants.

DU FRONT

Un aide-major du front nous envoie l'amusant acrostiche suivant :

Utile aux pauvres, aux riches indispensable,
Roi des médicaments pour les reins surmenés,
O ! toi qui peux liquéfier le sable
Déposé dans le sang par de copieux dîners,
On doit te vénérer, URODONAL magique,
Nectar qui nous promets quand on te prend à temps
Après une jeunesse ardente et magnifique
La vieillesse paisible et la mort à cent ans.

OFFICE MÉDICAL

86e Année (Série XIVe) — No 269 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 25 Août 1915

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale....... 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Pres. de cl. Expos. Gand 1913
Ancienne Gazette de Santé
(142e Année)

Sommaire du Numéro du 25 Août 1915

ÉCHOS

Caisse d'Assistance médicale de Guerre.

Mettre an service d'une idée générense son organisation fédérative, son prestige fait de ses cinquante années d'existence et de services rendus, ses milliers d'adhérents, majorité des médecins français, fondre dans nn élan unanime d'aide confraternelle tous les membres de notre corporation, tel est le but poursuivi par l'Association Générale des médecins de France en fondant la Caisse d'Assistance Médicale de guerre.

Quatorze mille de nos camarades sont aux armées ; tous reviendront appauvris, quelques-uns ruinés. Que seront, en effet, les clientèles, après une absence dont nous ignorons encore la durée, quel sera le sort des infortunés confrères des régions envahies dont le pays aura été dévasté, la maison rasée, les clients à jamais dispersés. Sans doute viendront pour les uns, les réparations nationales, mais combien lentes ! Sans doute les autres, du moins le plus grand nombre, trouveront dans les réserves personnelles ou familiales, les éléments de leur relèvement financier, mais les isolés, ou bien ceux que la tourmente a surpris dans une situation déjà précaire, à ceux-là ne devons-nous pas un concours affectueux et efficace ?

La Caisse d'Assistance Médicale de Guerre le leur donnera dans la mesure où l'on répondra à son appel.

S'il nous fallait un exemple, nous le trouverions chez les humbles, dans les Sociétés ouvrières, dont les membres abandonnent chaque mois, pour leurs collègues du front, le produit d'une journée de salaire, soit au minimum, soixante francs dans une année.

La Caisse d'Assistance Médicale de Guerre est administrée par un Comité formé du Bureau de l'Association, des délégués des Sociétés adhérentes et cotisantes, et présidé par M. le professeur Gaucher membre de l'Académie de Médecine.

Dans le Comité d'honneur figureront notre héroïque confrère, le Dr Langlet, maire de Reims ; le professeur Combemale, doyen de Lille ; le Dr Gairal, de Carignan (Ardennes), président de l'Union des Syndicats médicaux, tous deux momentanément sous le joug pesant de l'ennemi ; les doyens des Facultés de Médecine, les directeurs des Ecoles de Médecine, les présidents des grandes Sociétés scientifiques et professionnelles, les présidents des Syndicats médicaux, les présidents des Sociétés locales de l'Association générale, les sénateurs et députés médecins, les représentants de la Presse médicale, etc...

M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, a bien voulu donner le premier son adhésion an Comité d'honneur.

Prière d'envoyer les souscriptions à M. le Trésorier de l'Association Générale, 5, rue de Surène, à Paris.

Le total des souscriptions avant tout appel s'élève à 43.725 francs.

MM. les Professeurs Landouzy, doyen de la Faculté de Paris ; Sigalas, doyen de la Faculté de Bordeaux ; Hugounenq, doyen de la Faculté de Lyon ; Meyer, doyen de la Faculté de Nancy ; Brunon, directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen ; Boquel, directeur de l'Ecole de Médecine d'Angers ; MM. les Professeurs Chantemesse, Gilbert et Robin, M. le médecin inspecteur général Vaillard, M. le Dr Barth, président de l'Association des Médecins de la Seine ; MM. les Drs Claisse, Helme, Triboulet, MM. les Drs Cazeneuve et Peyrot, sénateurs ; MM. les Drs Delpierre, Lachaud, Gilbert-Laurent et Peyroux, députés, ont déjà envoyé leur adhésion au Comité d'honneur.

Pour les médecins prisonniers :

La Gazette serait heureuse de recevoir à titre confidentiel la liste de tons les médecins prisonniers en Allemagne.

Elle prie les femmes des intéressés ainsi que nos confrères de lui envoyer ces renseignements.

La Gazette se fera un plaisir de lenr adresser des colis de victuailles à titre gracieux.

Pour les vétérinaires :

On demande vétérinaire titré pour recherches et travaux scientifiques. S'adresser à M. D..., S..., aux bureaux de *La Gazette*.



La Relève des Médecins

Cette question depuis longtemps à l'ordre du jour ne paraît pas avoir réalisé de rapides progrès. Elle mérite cependant d'être étudiée et solutionnée le plus tôt possible.

Depuis un an, ce sont toujours les mêmes qui se sacrifient, alors qu'il suffit de visiter les villes de l'intérieur pour trouver des quantités de médecins qui n'ont pas encore fait campagne.

Le nombre de ces derniers est très élevé; ceux qui sont au front, au contraire, et qui depuis le début supportent tout le poids et tous les dangers de la guerre, — et je veux surtout parler des médecins de régiments, — constituent une minorité : le quart tout au plus, du nombre total des médecins.

Il serait donc facile de trouver assez de remplaçants parmi ceux qui tranquillement installés dans les hôpitaux travaillent en toute sécurité, étudient des cas intéressants, publient des articles dans les journaux, réalisent des progrès scientifiques et se font valoir.

Les médecins de régiments, au contraire, sans cesse exposés à la mitraille, ont en partage l'humble et obscure mission d'appliquer aux blessés leur premier pansement pour les évacuer aussitôt et de faire le tri des malades qui se présentent à la visite pour aussi évacuer sur l'arrière sans tarder ceux d'entre eux qui sont atteints de maladies sérieuses. Ils ne peuvent donc suivre ni les blessés ni les malades, puisqu'ils se séparent aussitôt des uns et des autres et par conséquent sont dans l'impossibilité d'accomplir un travail scientifique, sérieux et intéressant.

Le résultat est facile à comprendre, ces médecins sont condamnés à oublier leurs connaissances antérieures, n'ayant aucun moyen pour les entretenir. Et voilà un an que cela dure.

N'y a-t-il pas entre ces deux situations une différence vraiment injuste ? Ne serait-il pas au contraire équitable de répartir également entre tous, les risques et les charges militaires.

La relève des médecins de régiments qui sont au front depuis un an s'impose d'urgence. Leur sort doit être partagé par tous ces jeunes médecins qui depuis le début des hostilités étalent leurs uniformes sur les boulevards ou les promenades des grandes villes ou des villes d'eaux sans avoir rien connu des hasards de la guerre, tandis que beaucoup de leurs aînés sont depuis les premiers jours sur les champs de bataille.

La relève médicale doit faire cesser cet état de choses désastreux et immoral; elle doit être opérée d'office.

Aucun empêchement sérieux ne peut être objecté; les uns et les autres médecins, ceux du front et ceux de l'intérieur, s'adapteront à merveille à leurs nouvelles fonctions.

D'ailleurs beaucoup sont au front qui rendraient plus de services dans les hôpitaux que dans la besogne mécanique qui leur est échue en partage par le simple fait du hasard; car, nous le savons tous aujourd'hui, la répartition des médecins dans les diverses formations sanitaires n'a jamais été le fait d'une organisation judicieuse et intelligente, mais bien celui du hasard et, il faut bien le dire, aussi de la faveur. Cette organisation archaïque où rien n'avait été prévu en vue d'une guerre moderne s'améliore péniblement depuis quelques mois. La relève médicale est une de ces améliorations à introduire sans tarder au nom de l'équité et dans l'intérêt général, il convient aussi, en effet, que nos médecins de régiments viennent se retremper dans les milieux scientifiques dont ils sont depuis longtemps écartés.

Aussi demandons-nous une mesure générale nette et précise imposant la relève de tous les médecins du front et notamment des régiments.

Que l'Administration du Service de Santé fasse encore un effort, car seules, nous nous plaisons à le croire, des raisons administratives peuvent encore mettre obstacle à une telle mesure dont l'opportunité apparaît à tous indiscutable. Et que ceux qui ont pris à tâche la défense des intérêts des médecins français s'efforcent de triompher non tant sur des brouilles telles que les querelles d'uniformes ou de couleurs de galons que sur des sujets plus importants comme la relève des médecins mobilisés après un an de campagne dans les régiments du front.

Dr Maury.

Les Médecins et la Guerre

(Nous déclinons toute responsabilité au sujet des erreurs qui pourraient se trouver dans cette liste).

Les Morts

M. Ivan Lescot, externe des hôpitaux de Paris, médecin auxiliaire au 128e régiment d'infanterie.

M. Souger, médecin de 2e classe de la marine à bord du *Casabianca*.

M. Caulier-Vital, médecin auxiliaire au 154e régiment d'infanterie, externe des hôpitaux de Lille.

M. d'Acheux, médecin aide-major de 1re classe de réserve, tué le 19 juin aux Dardanelles.

M. Pierre Beck, médecin aide-major, tué le 6 juillet.

M. Argoud, médecin auxiliaire au 28e bataillon de chasseurs.

M. Henri Comte, médecin inspecteur, directeur du service de santé du 4e corps, mort à l'hôpital auxiliaire 22, à Versailles.

M. Broqua, médecin auxiliaire au 97e régiment d'infanterie.

M. Honorat Armanet, médecin aide-major de 1re classe au corps expéditionnaire d'Orient.

M. Armand Parizet, médecin aide-major de 1re classe, médecin traitant à l'hôpital temporaire de Royat.

Les Décorés

Légion d'honneur

Commandeur. — M. Mignon, médecin inspecteur chef supérieur du service de santé d'une armée.

M. Dziéwonski, médecin inspecteur, directeur du service de santé du Gouvernement militaire de Paris.

M. Guillemin, médecin principal de 1re classe de réserve.

M. Clarac, médecin inspecteur des troupes coloniales.

Officier. — M. Descour, médecin inspecteur, directeur du service de santé d'un corps d'armée.

M. Boisson, médecin inspecteur, directeur du service de santé d'un corps d'armée.

M. Lacronique, médecin inspecteur.

M. Salebert, médecin principal de 1re classe.

M. Lapeyre, médecin principal de 1re classe.

M. Pech, médecin principal de 2e classe.

M. Pouillaude, médecin principal de 1re classe.

M. Vachez, médecin principal de 1re classe.

M. Ferraton, médecin principal de 1re classe.

M. Baratte, médecin principal de 1re classe.

M. Fevrier, médecin principal de 1re classe.

M. Ricoux, médecin principal de 1re classe.

M. Raynal, médecin principal de 1re classe.

M. Bernard, médecin principal de 1re classe.

M. Collinet, médecin principal de 1re classe.

M. Weiss, médecin principal de 1re classe.

M. Dommartin, médecin principal de 1re classe.

M. Rémy, médecin principal de 1re classe.

M. Licht, médecin principal de 2e classe.

M. Hublé, médecin principal de 1re classe.

M. Delorme, médecin principal de 2e classe.

M. Dupeyron, médecin principal de 2e classe.

M. Foliasson, médecin-major de 1re classe.

M. Ilbert, médecin principal de 2e classe.

M. Logerais, médecin principal de 2e classe.

M. Rigollet, médecin principal de 2e classe.

M. Martel, médecin principal de 2e classe.

M. Thollon, médecin-major de 1re classe.

Chevalier. — M. Paloque, médecin-major de 1re classe.

M. Sandras, médecin-major de 1re classe.

M. Josse, médecin-major de 1re classe au 72e régiment d'infanterie.

M. Demilly, médecin-major de 1re classe.

M. Boulin, médecin-major de 1re classe au 108e régiment d'infanterie.

M. Jodry, médecin-major de 1re classe au 22e régiment d'infanterie.

M. Ravé, médecin-major de 1re classe au 105e régiment d'infanterie.

M. Drevet, médecin-major de 1re classe au 112e régiment d'infanterie.

M. Bary, médecin-major de 1re classe au 96e régiment d'infanterie.

M. Mazière, médecin-major de 1re classe au 49e régiment d'infanterie.

M. Dauthuile, médecin-major de 2e classe au 1er régiment d'infanterie.

M. Haury, médecin-major de 1re classe.

M. Costa, médecin-major de 1re classe au laboratoire d'une armée.

M. Demard, médecin-major de 2e classe au 38e bataillon de chasseurs alpins.

M. Bloch, médecin-major de 2e classe au 28e bataillon de chasseurs alpins.

M. Lajoanio, médecin-major de 2e classe, au 7e bataillon de chasseurs à pied.

M. Marland, médecin-major de 2e classe, médecin chef de l'ambulance 1/63.

M. Busy, médecin-major de 1re classe.

M. Sorel, médecin-major de 2e classe.

M. Pélegrin, médecin-major de 1re classe.

M. Dejouany, médecin-major de 1re classe.

M. Grenier de Cardenal, médecin-major de 1re classe au 74e régiment d'infanterie.

M. Sabatier, médecin-major de 1re classe, médecin chef de l'hôpital d'évacuation no 20.

M. Taste, médecin-major de 1re classe, médecin chef de l'hôpital temporaire Saint-Riquier.

M. Montagné, médecin-major de 1re classe au 70e régiment d'infanterie.

M. Rit, médecin-major de 2e classe au 2e régiment de zouaves et tirailleurs.

M. Huber, médecin-major de 1re classe.

M. Demonet, médecin-major de 2e classe.

M. Baills, médecin-major de 1re classe.

M. Pichon, médecin-major de 2e classe.

M. Randon, médecin-major de 1re classe.

M. Loubet, médecin-major de 1re classe.

M. Daireaux, médecin-major de 1re classe.

M. Minel, médecin-major de 2e classe.

M. Lucas, médecin-major de 2e classe au 41e régiment d'infanterie coloniale.

M. Mougie, médecin-major de 1re classe.

M. Viala, médecin-major de 1re classe.

M. Lajus, médecin-major de 2e classe au 175e régiment d'infanterie.

M. Fischer, médecin-major de 1re classe au 168e régiment d'infanterie.

Médaille militaire

M. Lermoyez, médecin auxiliaire au groupe cycliste d'une division de cavalerie.

Médaille d'honneur des épidémies

Médaille d'argent. — M. Aynaud, médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale.

M. Beck, médecin auxiliaire au Maroc occidental.

M. Spilmann, médecin-major de 2e classe de territoriale à l'hôpital militaire Sedillot, à Nancy.

Citations à l'Ordre de l'Armée

M. Mathis, médecin-major de 1re classe de réserve au 7e régiment d'infanterie coloniale.

M. Arraud, médecin auxiliaire au 52e bataillon de chasseurs.

M. Carayon, médecin-major de 2e classe au 4e régiment mixte colonial.

M. Paris, médecin auxiliaire au 4e régiment mixte colonial.

M. Singer, médecin de 2e classe, du *Casabianca*.

M. Regnault, médecin-major de 1re classe de territoriale au 248e régiment d'infanterie.

M. Eltrich, médecin auxiliaire au 3e régiment d'infanterie coloniale.

M. Coste, médecin principal de 2e classe.

M. Auclert, médecin auxiliaire au 321e régiment d'infanterie.

M. Boussin, médecin auxiliaire au 265e régiment d'infanterie.

M. Guillaume, médecin aide-major de 1re classe au 68e bataillon de chasseurs.

M. Argoud, médecin auxiliaire au 28e bataillon de chasseurs.

M. Luneau, médecin auxiliaire au 64e régiment d'infanterie.

M. Broqua, médecin auxiliaire au 97e régiment d'infanterie.

Les Médecins rapatriés d'Allemagne

Ont été rapatriés d'Allemagne les 19, 20, 22 et 29 juillet, les membres suivants du corps médical français (1) :

Morlot René, M. A., 85e. — Segrette Marcel, M. A., 85e. — Bovier Leon, M. A., 4e génie. — Saneau André, M. A., 229e. — Brisson, M. M., 150e. — Pierquin Jean, M. A., 111e. — Peltier Louis, M. A., 165e. — Fournier Paul, M. A., 323e.

Favre Thomas-Edonard, M. A., 3e art. — Betinger Henri, M. A., 301e inf. — Touchard André, M. A., 301e. — Badeau Joseph, M. A. M., 16e corps. — Gallen Joseph, M. A. M., 16e corps. — Prevost Edouard, M. M., 2e corps. — Bru Joseph, M. A. M., 16e corps. — Guigues Bruneau, M. A. M., 16e corps. — Lemaire Louis, M. A. M., 45e terr. — Daynes Henri, M. M., 220e. — Scotti Ange, M. A., 24e ch. — Berge Antoine, M. M., 15e corps. — Favret Pierre, M. A., 45e.

Lange Gabriel, M. A., 131e. — Boillerault Albert, M. A., 172e. — Rosiés Jean, M. A., 6e ch. — Casse Elisée, M. M., 15e corps. — Fogt Maurice, M. A., 32e drag. — Corbol Paul, M. M., 6e corps. — Saubert Maurice, M. A. M., 13e corps. — Coloma de Leca, M. A., 67e. — Proust Sylvestre, 85e. — Dumas Félix, M. A., 139e. — Mesmaecker, M. A., 8e. — De Moyderen Joseph, M. A., 8e. — Cadet Louis, M. A., 165e. — Florentin René, M. A. M., 6e corps. — Gallot-Lavallée Pierre, M. A., 304e. — Cavaille Louis, M. A. M., 16e corps. — Fourrier André, M. A., 166e. — Cabassedès, M. A., 15e corps.

(1) *Les abréviations désignent :* M. M., *médecin-major ;* M. A. M., *médecin aide-major ;* M. A., *médecin auxiliaire.*

La Mobilisation méthodique

chez les Blessés de Guerre

Par M. le Dr P. KOUINDJY

Chargé du service de rééducation et de massage à la Clinique Charcot de la Salpêtrière

Aide-Major de 2e classe

Instructeur au service central de rééducation physique (1)

L'utilité de la mobilisation précoce des traumatismes n'est certes pas une chose nouvelle et, ici-même, dans la *Gazette Médicale de Paris*, la question fut traitée avec toute l'autorité nécessaire, en 1841, par Teissier, de Lyon. Nous avons jugé utile d'étudier le même sujet dans le même journal soixante-quinze ans plus tard, en établissant ainsi, grâce aux circonstances, un anniversaire historique, à trois quarts de siècles de distance. Onze mois de guerre ont, malheureusement, prouvé que la mobilisation fut imparfaitement appliquée dans le traitement de nos blessés de guerre, car, le nombre des impotents, suites de blessures



Fig. N° 1. — *La mobilisation de l'épaule* : Mouvement du bras en arrière.
(La tangente postérieure)

de guerre, est tellement élevé qu'on est obligé de multiplier les services de physiothérapie, afin d'en sauver une plus grande partie. Et pourtant, le danger de l'immobilisation prolongée des arthropathies juxta-fracturales fut depuis longtemps démontré en France par des savants, comme Malgaine Bonnet, Desprès, Lucas-Championnière, etc., C'est donc en 1841 que Teissier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, publia son remarquable travail dans la *Gazette Médicale de Paris*, dans lequel il démontre que l'immobilisation prolongée produit dans les articulations intéressées : 1° l'épanchement de sang et de sérosité dans les cavités articulaires ; 2° l'injection des synoviales et la formation des fausses membranes ; 3° l'altération des cartilages et 4° l'ankylose. Pour Amédée Bonnet, l'apôtre de la mobilisation précoce, il faut proscrire l'immobilisation prolongée dans tout traitement des maladies articulaires et des fractures. Plus près de nous, Lucas-Championnière et Guermonprez réclamèrent la mobilisa-



Fig. N° 2. — *La mobilisation de l'épaule* : Mouvement du bras en avant.
(La tangente antérieure)

tion précoce dans le traitement des fractures et des arthrites traumatiques. Les Sociétés de physiothérapie belge et de la kinésithérapie de Paris ont, à maintes reprises, démontré la nécessité de mobiliser le plus tôt possible les articulations chez les fracturés.

La crainte de retarder la cicatrisation des plaies plus ou moins profondes et la peur d'empêcher la formation du cal sont les causes pour lesquelles de nombreux chirurgiens



Fig. N° 3.
La mobilisation de l'épaule : L'abduction du bras.
(La tangente latérale)

continuent à immobiliser et d'une façon exclusive, les fractures et les autres traumatismes articulaires. Cette crainte n'est nullement justifiée. Dans son magistral livre sur le traitement des fractures, M. Lucas-Championnière dit que « le mouvement est nécessaire à la réparation des foyers de fractures ». Dans une fracture, « il se produit des désordres assez complexes qui comprennent les os, les muscles, le tissu fibreux ou tendineux et les articulations ». Le mouvement permet d'obtenir la réparation de tous ces organes, pour lesquels l'immobilisation est la plus mauvaise de toutes les conditions ». Les expériences de Castex, en France, et de Gourevitch, en Russie, ont amplement prouvé que le massage et la mobilisation des membres fracturés des animaux, soumis aux expériences, transforment radicalement les tissus altérés ; dans la fracture massée, les muscles deviennent normaux, la consolidation se fait plus rapidement et d'une façon complète et le cal est volumineux ; dans une fracture non mobilisée et laissée comme témoin, les muscles deviennent minces, atrophiés, le cal n'est pas suffisant et la consolidation demande un temps plus long. Il est, par conséquent, erroné d'affirmer que la mobilisation peut entraîner un retard dans la consolidation des fractures ou une perturbation dans la cicatrisation des plaies. Mais, pour que la mobi-



Fig. N° 4. — *La mobilisation de l'épaule* : Mouvement de rotation de la tête humérale.
(Rotation de la tête en dedans)

lisation puisse devenir efficace, il faut l'exécuter d'une façon méthodique et l'appliquer au moment opportun. On n'a pas besoin d'attendre que la plaie soit complètement cicatrisée pour commencer les mouvements. Dans les plaies sans solution de continuité de l'os la mobilisation peut être commencée de très bonne heure. Dans les autres cas, on doit toujours mobiliser les articulations éloignées, celles qui font partie du même membre et qui n'intéressent pas le segment du membre où se trouve la plaie ou la fracture. Plus tard, lorsqu'on juge la fracture suffisamment consolidée, on doit commencer la mobilisation des articulations intéressées.

La mobilisation méthodique doit être progressive, graduelle et rythmique. Elle ne doit jamais dépasser la limite des douleurs supportables et être exécutée avec précaution.

La mobilisation méthodique comprend deux parties distinctes : la mobilisation manuelle et la mobilisation mécanique. Cette dernière forme la mécanothérapie et nous la considérons comme un complément de la première partie. Elle intervient dans la mobilisation des articulations lorsque celles-c

(1) Le présent travail est un résumé des conférences faites au Service Central de Rééducation physique, créé par le Service de Santé, sous l'initiative du Dr Lachaud, député de la Corrèze, et dont le but a été de former des stagiaires, médecins militaires, aptes à appliquer le traitement physiothérapique dans les différents corps d'armée, en utilisant les principes de la physiothérapie moderne et en se servant des appareils de fortune, appelés improprement « la mécanothérapie élémentaire ».

sont suffisamment préparées par la mobilisation manuelle et lorsque les lésions traitées peuvent supporter des efforts plus ou moins grands. Ainsi, la mobilisation manuelle seule forme la partie essentielle de la mobilisation méthodique, que nous allons décrire.



Fig. N° 5. — *La mobilisation du coude* : La flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras, sur la table. (Premier procédé)

Les exercices choisis sont, en général, ceux qui correspondent aux principaux mouvements de chaque articulation. Ils sont exécutés pour chaque articulation à part et dans les positions qui permettent leur application dans n'importe quelle période de la maladie. Nous avons cherché à utiliser des positions qui peuvent nous donner la possibilité d'obtenir le maximum d'effet



Fig. N° 6. — *La mobilisation du coude* : La flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras par le procédé du genou. (Deuxième procédé)

avec le minimum d'effort. Nous utilisons la position de décubitus, quand le blessé se trouve dans l'impossibilité de quitter son lit; mais, aussitôt qu'il peut rester assis sur le bord de son lit ou sur une chaise, nous utilisons de préférence soit la position du genou, soit la position de la table. La position du genou, celle indiquée par Lucas-Championnière, consiste à placer le segment du membre sur le genou de l'opérateur, ce qui forme un appui au levier supérieur de l'articulation. Suivant les cas, le genou de l'opérateur est soulevé à la hauteur nécessaire, afin que le membre du blessé se trouve en rectitude parfaite et facilite les mouvements. La position de la table n'est utilisée que pour le membre supérieur : le blessé, assis sur une chaise, place son bras sur une table d'une hauteur moyenne ; au-dessous du bras, nous plaçons soit un coussin plat, soit une couverture de laine pliée en huit ; l'articulation à mobiliser est approchée vers le bord, afin que les mouvements puissent l'exécuter librement. Nous indiquerons les autres positions dans le cours de notre exposé, que nous débutons par la mobilisation méthodique de l'épaule.

La mobilisation de l'épaule

Le blessé est assis sur une chaise solide, le côté bien portant contre le dossier. Il s'appuie fortement sur le dossier, en le saisissant avec la main. Le rééducateur se place derrière son dos, place un main sur l'épaule malade, le pouce sur l'omoplate et les autres doigts sur la clavicule, ce qui permet d'immobiliser autant que possible l'omoplate. Avec l'autre main, il saisit le coude du blessé et imprime ainsi au bras un mouvement en arrière (fig. n° 1) et un mouvement en avant (fig. n° 2) jusqu'à ce que le blessé accuse une douleur intolérable. On exécute ainsi trois ou quatre mouvements en arrière et en avant. Puis on approche le coude vers les côtes et on exécute trois ou quatre mouvements d'abduction (fig. n° 3). Ces trois mouvements, exécutés en arrière, en avant et latéralement, forment les trois tangentes, entre lesquelles on inscrit des cercles de circumduction d'avant en arrière et vice-versa. Au fur et à mesure qu'on exécute la mobilisation de l'épaule, on augmente le nombre des mouvements et leurs amplitudes et toujours dans les limites de douleurs tolérables.

Ceci fait, on fixe par un aide l'épaule saine du blessé contre le dossier de la chaise, afin que le blessé reste tranquille pendant l'exécution de l'exercice suivant : le rééducateur se place face contre le bras malade, saisit avec une main le coude du blessé et avec l'autre son poignet. Il imprime à l'avant-bras du blessé des mouvements de va-et-vient sur des arcs, ayant le coude comme centre et l'avant-bras comme rayon (fig. n° 4). Ces mouvements entraînent la rotation de la tête humérale autour de l'axe de l'humérus et servent à rompre les adhérences existantes. Le même exercice peut s'exécuter d'une autre façon : on fait appuyer le coude du blessé contre la poitrine de l'opérateur, qui saisit avec une main le poignet du bras traité et pose l'autre main sur l'épaule malade.

En produisant les mouvements de va-et-vient précédent, le rééducateur a la possibilité de contrôler la rotation de la tête humérale et de préciser les degrés des progrès accomplis par elle.

Les deux exercices décrits plus haut peuvent servir également comme moyen d'exploration d'une ankylose de l'épaule et du degré de la souplesse de cette articulation. Ces deux moyens de mobiliser une épaule s'appliquent à toutes les périodes de raideur articulaire et à toutes les phases de cette raideur. Ils ne se distinguent d'une raideur à l'autre, comme d'une ankylose à l'autre, que par l'amplitude des mouvements produits et par le nombre des mouvements exécutés.

Plus tard, lorsque la mobilisation de l'épaule est acquise et lorsque on n'a plus de grandes précautions à prendre par rapport à la cicatrisation de la plaie ou à la consolidation des fractures, la mobilisation méthodique décrite est complétée par d'au-



Fig. N° 7. — *La mobilisation du poignet* : L'extension du poignet avec l'avant-bras couché sur la table.

tres exercices, tels que l'élévation du bras, l'extension du bras en avant, latéralement, la circumduction complète, avec le bras tendu, les mouvements du bras derrière le dos, etc.

La mobilisation du coude (flexion et extension)

Pour cette mobilisation nous utilisons deux procédés :

Le premier consiste à exécuter l'extension



Fig. N° 8. — *La mobilisation du poignet* : La flexion du poignet avec l'avant-bras en position verticale.

de l'avant-bras sur le bras, quand le membre est couché sur une table, sur un coussin ou sur une couverture pliée en huit. Le coude se trouve juste au bord de la table. Pour maintenir le bras horizontalement, nous faisons appuyer la tête du blessé sur l'épaule. Le rée-

ducateur se place en face de la main du bras malade; il appuie d'une main sur l'humérus au-dessus de l'articulation du coude et avec l'autre main il saisit le poignet du blessé. On imprime ensuite à l'avant-bras, dont on se sert comme d'un levier, des mouvements de flexion et d'extension, d'abord, face antérieure contre face antérieure, puis, en mettant l'avant-bras en demi-pronation. Les mouvements sont exécutés dans les limites de douleurs tolérables (fig. nº 5). En exécutant les mouvements en question, on ferait bien de prolonger la durée de l'extension ou de la flexion, suivant qu'on a besoin d'obtenir tel ou tel mouvement. Ces pauses, qui s'accusent, d'abord, par des douleurs vives, finissent par atténuer celles-ci et par vaincre la contraction musculaire des muscles en défense et permettent ainsi de progresser d'une façon graduelle. Il est bon, quand on exécute l'extension du bras, de produire de temps en temps de légers mouvements de rotation, en transportant l'avant-bras de la position antérieure en position de demi-pronation.



Fig. Nº 9. — *La mobilisation de la hanche* : Les mouvements sont exécutés avec le membre inférieur fléchi.

Le deuxième procédé est celui du genou. Le bras du blessé est placé sur le genou de l'opérateur, qui appuie avec une main sur l'humérus au-dessus de l'articulation et qui saisit avec l'autre main l'avant-bras et lui imprime des mouvements de flexion et d'extension, comme dans le procédé précédent (fig. nº 6).

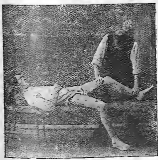


Fig. Nº 10. — *La mobilisation du genou*. En décubitus avec un coussin comme appui sous la cuisse.

Pour la rotation du coude, deux positions: 1º L'avant-bras est couché sur la table; on maintient le coude avec une main et avec l'autre main on saisit le poignet, en plaçant le pouce en avant sur l'extrémité inférieure de l'un des os formant l'avant-bras et les autres doigts en arrière sur l'autre os. De cette façon, on tourne l'avant-bras, tantôt sur sa face antérieure, tantôt sur sa face postérieure, en appuyant fortement sur les os en sens inverse; 2º l'avant-bras est placé sur la table verticalement : On maintient comme précédemment le coude avec une main et on saisit avec l'autre main les extrémités inférieures du radius et du cubitus, en plaçant le pouce sur la face antérieure d'un os et les autres doigts sur la face postérieure de l'autre. En imprimant à l'avant-bras des mouvements demi-circulaires, on produit la supination et la pronation de l'articulation radio-humérale. Les doigts placés en sens inverse sur les deux os de l'avant-bras permettent d'accentuer cette rotation.

La mobilisation du poignet

Toujours deux procédés : 1º L'avant-bras couché sur la table; le poignet se trouve juste au bord. On appuie une main sur l'avant-bras au-dessus du poignet et on saisit avec l'autre la main du blessé par sa face palmaire. On imprime à la main, d'abord, quatre mouvements : en haut (l'extension), en bas (la flexion), en dedans (l'adduction) et en dehors (l'abduction) et toujours dans les limites des douleurs supportables. Après avoir fait quatre ou cinq séries de ces mouvements, on exécute la rotation du poignet, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre (fig. nº 7); 2º l'avant-bras est placé verticalement sur le coude. Avec une main, on maintient l'avant bras au-dessous de l'articulation radio-carpienne, avec l'autre on saisit la main du blessé par sa face palmaire et on exécute les mêmes mouvements que dans le premier procédé. On peut aussi utiliser ici le procédé du genou : on fixe avec une main l'avant-bras sur le genou et avec l'autre on saisit la main par sa face palmaire. Les mouvements imprimés sont les mêmes que dans les procédés précédents (fig. nº 8).

La mobilisation des doigts

Quand l'avant-bras est placé sur la table, la mobilisation des articulations de doigts se fait juste sur le bord de la table; on déplace par conséquent l'avant-bras, suivant qu'on mobilise telle ou telle articulation. Quand l'avant-bras est en position verticale, on saisit avec une main la partie qui est audessus de l'articulation mobilisée et avec l'autre main on fait mouvoir la partie qui est au-dessous de ladite articulation. On exécute dans les deux positions les mouvements principaux : la flexion, l'extension, l'abduction et l'adduction et, enfin, la rotation de dedans en dehors et de dehors en dedans.

La mobilisation de la hanche

Le blessé est en position de décubitus. On fixe le bassin du blessé par un aide placé face contre le rééducateur. On procède de deux façons : avec la jambe en extension et avec la jambe en flexion (fig. nº 9). On imprime à la jambe les quatre mouvements fondamentaux qui doivent servir des tangeantes des cercles de la circumduction. Ces mouvements sont : la flexion de la cuisse sur le bassin, l'extension de la cuisse sur le bassin, l'abduction et l'adduction de la jambe. Ici, également, les mouvements imprimés doivent s'exécuter dans les limites de douleurs supportables. Après avoir exécuté quatre ou cinq séries de ces mouvements, on inscrit des cercles dans les tangeantes déterminées, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre. Ces exercices suffisent pour obtenir la mobilité de la hanche. S'il s'agit des traumatismes de la jambe ou du pied, la mobilisation de l'articulation femoro-iliaque peut être commencée de bonne heure et les mouvements peuvent être aussi étendus que possible, pourvu que ces mouvements n'occasionnent pas des douleurs inutiles au blessé et n'entraînent pas une perturbation dans le traitement chirurgical de la plaie ou de la fracture. Il suffit pour cela de consolider la jambe ou le pied malade, soit par une gouttière plâtrée, soit par un appareil de contention quelconque.



Fig. Nº 11. — *La mobilisation du coup de pied.* (Procédé du genou)

La mobilisation du genou

Deux procédés : 1º En décubitus, avec un coussin comme appui et 2º en position assise avec appui sur le genou de l'opérateur. Dans le premier procédé on pose une main sur la cuisse au-dessus de l'articulation pour maintenir la jambe au repos et de l'autre main on saisit la jambe du blessé au niveau du tiers inférieur du tibia. Ceci fait, on exécute, d'abord, la flexion et puis l'extension et toujours dans la limite de douleurs tolérables (fig. nº 10). Dans le second procédé



Fig. Nº 12. — *La mobilisation des orteils.* (Procédé du genou)

— procédé du genou — le blessé est assis, soit sur le bord du lit, soit sur une chaise. Sa cuisse est placée sur le genou de l'opérateur, qui se trouve ainsi placé face contre le bord externe du genou. Avec une main on appuie sur la cuisse du blessé et avec l'autre main on saisit la jambe comme précédemment et on exécute les mêmes mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse. Au fur et à mesure que les mouvements s'exécutent avec plus d'ampleur, l'opérateur soulève son genou, afin d'augmenter l'angle de flexion et par conséquent l'arc de l'extension.

La mobilisation du coup de pied

Egalement deux procédés : Dans celui de décubitus, le coussin, qui sert d'appui, est placé sous la jambe au-dessus du tendon d'Achille. Dans le second procédé, la jambe appuie sur le genou de l'opérateur avec la face postérieure de son tiers inférieur (fig. nº 11). Dans les deux cas on appuie avec une main sur la face antérieure de la jambe au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne; avec l'autre main, on saisit le pied du blessé par sa face plantaire et on imprime à ce pied les quatre mouvements suivants : la flexion, l'extension, l'abduction et l'adduction. Après quoi, on exécute la rotation du pied dans les deux sens, en ayant soin d'insister, tantôt sur la rotation du pied en dehors dans les cas du pied équin-varum, tantôt sur la rotation du pied en dedans, dans les cas du pied équin-valgum.

La mobilisation des orteils

Les mouvements des orteils étant très limités, on exécutera à chaque orteil séparément, surtout au gros orteil, la flexion, l'extension, l'abduction et l'adduction et on terminera par la rotation de l'orteil dans les deux sens. Cette mobilisation se fait de la même façon : en position de décubitus ou par le procédé du genou (fig. nº 12).

Tels sont les mouvements qui forment l'ensemble de la mobilisation méthodique, appliquée à la mobilisation des membres de blessés à n'importe quelle période de leur blessure. Il est évident que tous ces mouvements doivent être exécutés avec douceur, sans brusquerie et surtout sans brutalité. Il ne faut pas oublier que la mobilisation brutale, grossière entraîne une dépense musculaire involontaire, laquelle s'oppose contre tout mouvement exécuté. C'est à la brutalité des mouvements qu'il faut attribuer en grande partie les revers de la mobilisation manuelle. Mieux vaut mettre le temps nécessaire, patienter et persévérer, même quand les exercices restent sans grands résultats pendant un laps de temps plus ou moins long, que de brutaliser l'articulation sous prétexte d'accélérer sa mobilité. Une mobilisation forcée risque d'entraîner des arthrites subaiguës, voir même des arthrites aiguës, qui retardent de beaucoup la mobilisation et sont souvent la cause d'une nouvelle immobilisation. Nous étions appelés à maintes reprises pour réparer les troubles trophiques occasionnés par la mobilisation brutale et grossière des articulations en raideur ou partiellement ankylosées et nous devons avouer que, plusieurs fois, nous avons préféré l'immobilisation à cette mobilisation inconsciente et faite d'une façon très maladroite. C'est cette mobilisation brutale qui nous a amené à établir les principes de notre mobilisation méthodique. Nous mettons, ainsi, dans les mains de nos confrères une arme, qui leur permettra, non seulement d'obtenir des résultats très encourageants, mais aussi de se mettre à l'abri de tous les inconvénients d'une mobilisation intempestive, incorrecte et faite en dépit du bon sens.

Il nous est impossible de citer ici les nombreuses observations pour appuyer ce qui précède. Nous donnerons seulement les extraits de quelques-unes d'entre elles, qui démontrent que la mobilisation méthodique permet d'abréger considérablement le temps du traitement des traumatismes et nous met à l'abri des impotences ultérieures.

Dans un cas de fracture du col anatomique de l'humérus chez une personne d'un certain âge, où nous fûmes appelés le lendemain de l'accident ; nous commençâmes le massage et la mobilisation méthodique de l'épaule dès la première séance. Notre malade est parti à la campagne un mois à peu près complètement guéri. Dans un autre cas, récidive d'une entorse compliquée du genou gauche avec douleur vive et une hydarthrose volumineuse, nous avons commencé le massage et la mobilisation méthodique le lendemain de l'accident. Vingt jours après la première séance notre malade descendait et montait facilement les escaliers et marchait facilement sans aucun appui.

Dans un cas de luxation de l'épaule, réduit par un chirurgien, l'homme nous a été confié le cinquième jour après la réduction. Quinze jours après, il a déjà pu exécuter tous les mouvements de son épaule, sans difficulté et sans douleurs. Dans une fracture des os de l'avant-bras avec plaie profonde, nous commençâmes la mobilisation six jours après l'arrivée du blessé, ce qui n'a pas empêché la cicatrisation, et le blessé fut guéri complètement quinze jours après. D'une façon générale, la mobilisation méthodique n'a jamais empêché la cicatrisation et a toujours contribué à accélérer la consolidation osseuse.

La mobilisation méthodique est complétée, aussitôt que cela est possible, par les manœuvres massothérapiques, avec lesquelles elle forme la partie principale du traitement physique des blessés. La rééducation des mouvements, la mécanothérapie, la gymnastique, l'électrothérapie, l'air chaud, l'héliothérapie complètent le traitement physique et trouvent largement leurs indications dans le traitement des blessés de guerre et des impotences, suite de blessures. D'où il suit qu'il est difficile d'isoler un moyen thérapeutique de l'ensemble de la physiothérapie. Mais, ce qui est certain, c'est que la mobilisation méthodique tient la place prépondérante dans le traitement de blessés de guerre. Utilisée au moment opportun elle est appelée à jouer un rôle de la plus haute importance tant au point de vue thérapeutique, qu'au point de vue social, car elle nous permet de lutter efficacement contre l'impotence occasionnée par l'immobilisation abusive et de réparer ainsi dans les mesures du possible l'œuvre néfaste de la guerre actuelle. Elle nous permet aussi d'assurer dans une certaine proportion l'avenir de nos blessés et, qui sait, peut-être même l'avenir de notre pays.

L'Assainissement du Champ de Bataille

Dans l'article de notre éminent collaborateur, M. le Dr Henry Thierry, sur « l'Assainissement des champs de bataille » publié dans notre dernier numéro, s'est glissé une erreur d'impression qu'il importe de rectifier.

Le titre de la solution de sublimé qu'il convient d'utiliser pour la désinfection des mains, du visage, des chaussures, etc., est non de 1 pour 10.000, comme il a été imprimé, mais bien de 1 pour 1.000.

Nos lecteurs, au surplus, auront d'eux-mêmes, sans nul doute, apporté la rectification nécessaire.

L'Uricémie et sa Cure rationnelle

Par le Professeur F. GARRIGOU

Directeur de l'Institut d'hydrologie de l'Université de Toulouse

Il y a bientôt vingt ans, j'écrivais dans ma synthèse hydrologique, au sujet du rhumatisme et de l'arthritisme :

« Les découvertes modernes, ne tendraient à rien moins qu'à introduire les théories microbiennes jusque dans cette affection si spéciale des séreuses.

« Nous voulons bien admettre l'action microbienne, mais d'une autre façon. Et nous entendons, ici, par action microbienne, le rôle vital de ces protoorganismes cellulaires, de ces microzimas, plastidules, protogènes, dont nous avons déjà parlé, qui sont les promoteurs de la vie cellulaire, les fabricants de ces produits de désassimilation, de ces toxines, dont l'expulsion régulière de l'économie, par la défécation régulière de la cellule, constitue le régulateur de la santé, c'est-à-dire du fonctionnement normal de tous les organes, et, avant tout, du système nerveux de la vie organique. »

En effet, lorsque notre économie conserve régulièrement sa température normale, tout reste normal dans notre corps. Mais, qu'un coup de froid l'enveloppe, le système nerveux cutané est immédiatement frappé; ses fonctions générales sont troublées. Les phagocytes ainsi que les cellules de nos divers tissus avec leurs éléments vitaux et figurés, sont instantanément perturbés dans leur fonctionnement, les protoorganismes qui en régissent les productions à évacuer, ne produisent plus leurs toxines d'élimination, d'une façon régulière.

Soit que leur défécation régulière se trouve retardée, soit que leur production toxique augmente, soit que les phagocytes ne remplissent plus leur rôle, le produit s'accumule, envahit l'organisme tout entier. Suivant qu'il trouve sa route meilleure vers les séreuses ou vers les muqueuses, il s'y dirige et les envahit, en en transformant la vitalité; d'où la maladie généralisée, d'où, également, les états locaux avec tous leurs inconvénients, suivant le genre de tissus et suivant la solubilité plus ou moins grande des produits accumulés.

Tel me paraît être le mécanisme de la production de l'arthritisme, constitué par un vice *acquis* du sang et des fonctions *si précieuses* des organes éliminateurs dont la nature, toujours prévoyante, l'a muni.

Sans entrer dans les vues de Bazin, de Gintrac et de Pidoux, au sujet des divisions de l'arthritisme, je dirai que le premier pas de ce qui, *grosso modo*, a été appelé de ce nom, est un vice de composition et de constitution du sang, qui doit porter le nom de *uricémie*, maladie du sang due aux formations uréiques, qui proviennent de l'action délétère de *ces formations*, avec lesquelles, le médecin qui raisonne doit apprendre à se mettre en contact scientifique, afin d'en comprendre et d'en assurer la thérapeutique rationnelle. Cette thérapeutique, que nous ne devrions tous appliquer qu'après des études chimiques, physiques, mécaniques, hygiéniques excessivement sérieuses et qui s'apprennent exclusivement avec des professeurs éduqués d'une manière spéciale, conjointement à la médecine ordinaire, avec tous les moyens désirables et pratiques de s'instruire, est la seule thérapeutique vraie.

Comment le Dr G. Bardet serait-il devenu l'un des thérapeutes les plus remarquables de notre époque, comment le Dr Albert

Robin aurait-il acquis sa mondiale notoriété d'hydrologue, comment ces pionniers de la pharmacie scientifique auraient-ils pu doter la thérapeutique de ces préparations si remarquables et si irréprochables comme conceptions scientifiques, s'ils n'avaient pas acquis par des études approfondies dans ces sciences de première utilité, que nous appelons, ridiculement, sciences accessoires de la médecine, le fond d'instruction qui a présidé à leurs découvertes ? Comment, par exemple, sans un fond de connaissances des plus sérieuses de la part de son auteur, l'Urodonal, ce médicament par excellence de l'*uricémie*, aurait-il pu être conçu, sans une parfaite application des moyens de combinaison de ses composants intimes ? La réunion pratique de semblables combinaisons organiques est-elle le fait d'une science accessoire ? Nous ne le pensons pas, et nous croyons, au contraire, que l'auteur d'une semblable combinaison ne peut être qu'un excellent chimiste.

Du reste, nous avons appris à connaître son inventeur Chatelain, de longue date, et nous savons, au point de vue chimie, qu'il est un confrère de valeur très appréciée, et, à ce titre, je suis heureux de lui donner mon opinion sur l'Urodonal, au point de vue de son application chez tous ceux qui, *pour aider* les rhumatismes à disparaître, peuvent, en même temps qu'ils ont à se servir d'eaux minérales, joindre la possibilité d'employer en même temps l'Urodonal.

Depuis cinquante ans, mon premier soin avec les goutteux et les rhumatisants que j'ai soumis à un traitement par les eaux minérales, antirhumatismales, est, de leur conseiller, avant comme après leur cure, à la station spéciale où je les ai adressés, de faire deux cures : l'une préparatoire, l'autre de terminaison, dans une station diurétique, ou laxative, mais diurétique de préférence. La raison de cette manière d'agir est fort simple.

En commençant à habituer les reins ou l'intestin, à augmenter ainsi leur fonctionnement habituel, on les prépare à voir ce fonctionnement se maintenir d'une manière permanente, pendant la cure antirhumatismale, et à éliminer ainsi le plus de toxines possible, par suite de la défécation activée de tout le système cellulaire.

J'ai pu constater que pareille précaution provoquait chez les malades des améliorations infiniment plus longues et de profondeur d'action plus intense, qu'avec un traitement simple.

La cure d'Urodonal, pendant et après la cure hydrothermale, ne peut-elle pas être envisagée comme médication utile pour les arthritiques envoyés aux eaux et comme adjuvant de cette cure ?

Telle est la question que, depuis longtemps déjà, je me suis posé, et que je n'hésite pas à discuter en cette occasion.

Nous savons, d'après les travaux de notre maître Armand Gautier, de Horbaczewski, de Fischer, de Kofiel, d'Hugounenq et de bien d'autres, que l'acide urique provient du dédoublement des nucléines de l'organisme et des aliments, sous l'influence des processus biochimiques, et suivant un ordre particulier établi par Fauvel. Il a donc une double origine endogène et exogène.

Endogène, il se forme dans tous les tissus de l'économie.

Exogène, il provient des nucléoalbumines et des purines des aliments.

Que se passe-t-il avec les sujets envoyés aux eaux minérales pour soigner, soit l'arthritisme, soit tout autre état général pathologique ? Ces malades se trouvent dans un milieu excitant l'appétit (soit par le climat, soit par l'hygiène des désœuvrés, soit par l'exercice au grand air). Leur nourriture est généralement plus succulente que d'ordinaire, ils en abusent au point de vue de leur hygiène, et arrivent à fabriquer au moins autant d'acide urique qu'en temps ordinaire, et très souvent beaucoup plus, avec la nourriture en excès que réclame leur appétit surexcité. Cet acide urique est en partie éliminé par le traitement hydrothermal, lorsqu'il est bien organisé ; mais en général les excès de table dus à la villégiature intempestive, en augmentent la formation, et le malade perd ainsi les bienfaits de son traitement hydro-balnéaire.

Sur le mode de celui que j'ai établi, et par les cures anti-arthritiques qui diminuent les quantités d'acide urique avant et après la cure radicale des rhumatisants aux eaux habilement choisies, on remédie dans certains cas aux causes exogènes de la formation de l'acide urique. Mais, l'Urodonal pouvant s'absorber d'une manière si facile et sans présenter le moindre inconvénient à une cure hydrominérale quelconque, je considère comme un vrai devoir, dicté par la pratique, d'en conseiller l'usage constant aux malades arthritiques pendant la durée de leur cure thermale pour cause dite de rhumatisme.

En suivant cette prescription, concomitante à la cure thermominérale, et je le répète, sans aucun inconvénient pour cette cure, ils verront leurs accès de rhumatisme et de goutte diminuer d'une manière absolument inattendue. Car on ne doit pas l'oublier, l'emploi simultané des bains sulfurés anti-rhumatismaux et anti-goutteux (Luchon étant le type des premiers et Cauterets représentant avec Ax (Ariège) les types des seconds) accompagnés d'une cure de boisson par l'Urodonal, constituent le type le plus rationnel de la médication uricémique.

On peut ainsi se débarrasser, quelquefois à jamais, des crises de rhumatisme et de goutte.

Blepharospasme tonique hystérotraumatique

Par le Docteur Etienne GINESTOUS

Lauréat de l'Institut et de l'Académie de Médecine
Médecin aide-major de 1re classe
Chef du service d'ophtalmologie de la place et du secteur d'Angers

Le blepharospasme hystérique a été signalé et décrit par de nombreux auteurs. Carré de Montgeron, dans la *Vérité des Miracles* (1717), en rapporte une observation chez une dame de 27 ans ; et, depuis lors, nombreux ont été les cas publiés, la plupart relatés dans la thèse de Pauzier (1) et dans les articles de Borel (2). Cependant, le cas publié par Lasègue (3) est devenu classique et Borel (4), dans une monographie originale sur les hystérotraumatismes oculaires, consacre au blepharospasme une mention spéciale. Delamare et Conor (5) en 1903 ont rapporté l'observation d'un blepharospasme survenu chez un jeune soldat à la suite d'un très léger coup de parapluie ; en 1904, Teillais (de Nantes) (1), reprenant le travail de Borel, en cite deux cas : le premier consécutif à l'incision du point lacrymal ; le deuxième à une très légère contusion de l'œil. En 1909, nous avons également l'occasion d'observer (2) une jeune enfant de 11 ans qui, à la suite d'un traumatisme insignifiant sur l'arcade sourcilière, présenta un blepharospasme tonique avec amblyopie monoculaire ; la guérison fut rapidement obtenue par la suggestion à l'état de veille (pilule de mica panis). Aussi, l'observation suivante nous a-t-elle paru intéressante :

Observation

Pierre M. de X..., 28 ans, sapeur au 9e génie, aavnt son incorporation, élève à l'Ecole Nationale des Beaux-Arts, a été blessé le 19 décembre 1915 à R..., par des pierres et du gravier qu'un éclat d'obus lui a projetés dans les yeux.

Aussitôt après la blessure, il s'est produit un gonflement considérable des paupières, du larmoiement. Pansé d'abord au poste de secours, puis évacué à Verdun, cet état a duré près de cinq semaines ; l'œdème palpébral a ensuite disparu ; mais, depuis ce moment, il lui est impossible de regarder la lumière. A la date du 2 février, il est évacué sur l'hôpital de Nice où il reste jusqu'au 27 avril 1915. Traité par le Dr Chavernac, le diagnostic de sortie porte : « Kératalgie traumatique, blépharospasme et photophobie ». Après huit jours de permission, Pierre M. de X... est renvoyé à son corps ; mais ses troubles oculaires persistent et le 18 mai 1915, il entre au Centre ophtalmologique d'Angers.

Ses *antécédents héréditaires* sont assez chargés au point de vue nerveux. Son père, âgé de 67 ans, sa mère, âgée de 58 ans, sont de caractère irritable et bizarre. Il a trois frères et trois sœurs, tous également plus ou moins névropathes ; une de ses sœurs a la manie de la persécution et est depuis quatre ans internée dans un asile d'aliénés. Marié, il a une fille de 14 mois bien portante.

Dans ses *antécédents personnels*, nous ne relevons aucune maladie grave ; mais, Pierre M. de X.. est, comme ses parents, un nerveux, un « impressionnable, pleurant à la moindre émotion ».

Pierre M. de X... se présente à notre examen, les paupières presque complètement closes. Sous l'effort de la volonté, il arrive difficilement à les ouvrir et encore d'une manière incomplète. Si l'on essaie de les relever, on éprouve une résistance qu'il est cependant possible de vaincre. L'occlusion palpébrale est presque continuelle ; c'est à peine si le blessé tente à certains intervalles une occlusion moins absolue afin d'obtenir une perception visuelle. L'occlusion augmente à la lumière et diminue dans l'obscurité. La peau des paupières supérieure et inférieure est plissée et ridée. Les paupières sont animées de mouvements saccadés et fibrillaires.

A l'examen, on ne constate aucune lésion de la conjonctive et de la cornée (épreuve à la fluoresceïne); cependant, en ectropionnant les paupières, la conjonctive palpébrale est ronge et injectée.

Le malade accuse des douleurs spontanées se reproduisant à intervalles assez irréguliers, affectant la forme névralgique, dans les régions sus et sous-orbitaires gauches ; ces douleurs sont provoquées ou s'exagèrent par la pression des points sus et sous-orbitaires. La compression de ces mêmes points ne diminue ni n'augmente les mouvements palpébraux.

L'acuité visuelle mesurée séparément de chaque œil est égale à l'unité ; mais il ne nous a pas été possible de pratiquer l'examen de la réfraction et l'ophtalmométrie. La mensuration du champ visuel est également impossible. Il ne paraît pas exister de troubles du sens chromatique. La recherche des réflexes pupillaires est impraticable. Les réflexes rotuliens, patellaire, etc... sont conservés. Le réflexe pharyngien est considérablement diminué

L'examen de la sensibilité indique une zone d'anesthésie à la piqûre, moins marquée à la chaleur,

(1). — Pauzier. — Les manifestations oculaires de l'Hystérie, *Thèse de Doctorat*, Montpellier, 1891-1892.

(2). — Borel. — Affections hystériques des Muscles oculaires, *Archives d'ophtalmologie*, 1886-1887.

(3). — Lasègue. — Des hystéries périphériques, *Archives de Médecine*, juin 1878.

(4). — Borel. — Hystérotraumatismes oculaires et pseudohystérotraumatismes oculaires, *Annales d'Oculistique*, janvier-avril 1900.

(5). — Delamare et Conor. — Observation de blépharospasme tonique permanent d'origine hystérotraumatique, *Rec. d'Opht.*, janvier 1903.

(1). — Teillais (de Nantes). — Hystérotraumatisme oculaire, *Archives d'Ophtalmologie*, 1904, p. 528 et *Recueil d'Ophtalmologie*, 1904, p. 333.

(2) Blépharospasme tonique hystérotraumatique, *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 21 février 1909, p. 89.

occupant toute la moitié gauche de la face. Il n'existe aucune autre zone d'anesthésie ou d'hyperesthésie.

L'examen des différents organes, cœur, poumon, foie, etc... n'indique aucune lésion. L'analyse des urines ne révèle aucun élément anormal. La réaction de Wassermann a été négative.

La thérapeutique calmante générale et locale (bromures, chloral, cocaïne, stovaïne, etc...) n'a donné aucun résultat. L'épreuve du bleu de méthylène (suggestion à l'état de veille) est également demeurée sans résultat.

En résumé, dans cette observation, le blepharospasme, de la variété tonique au point de vue symptomatique, s'est établi à la suite d'un traumatisme relativement léger : projection de terre et de gravier dans les yeux. Faut-il supposer qu'il est sous la dépendance de lésions cornéennes, aussi minimes soient-elles, mais cependant susceptibles de provoquer le spasme orbiculaire... ; ou bien, au contraire, nous trouvons-nous en présence d'un blepharospasme dit essentiel dont la cause vraie nous échappe ? L'examen le plus attentif, la coloration à la fluoresceine ne font ressortir sur la cornée aucune ulcération. La kératalgie traumatique décrite par Grandclément n'est-elle pas d'ailleurs surtout dépendante d'un état névropathique ? Borel (1) a pu écrire : « Le blepharospasme traumatique est toujours suspect d'hystérie, même si les stigmates caractéristiques sont absents, puisqu'ils peuvent survenir bien plus tard... » Dans le cas particulier que nous publions, à part une zone d'anesthésie hémifaciale, le blepharospasme ne s'accompagne d'aucun stigmate hystérique marqué ; mais les antécédents névropathiques de notre malade sont assez chargés pour avoir préparé le terrain d'éclosion des phénomènes « pithiatiques ». Le traumatisme, aussi léger qu'il soit, est la cause occasionnelle ; mais, la prédisposition spéciale qu'on a appelée « la diathèse de contracture » est la cause prépondérante. En fait d'hystérotraumatisme il n'existe pas de rapport entre la violence du choc et l'importance des accidents nerveux consécutifs. Le traumatisme le plus insignifiant peut faire éclater les accidents les plus tenaces. Le pronostic est bénin quant à l'issue, mais non quant à la durée ; on sait quand un blepharospasme commence, mais on ne sait jamais quand il finit. Aussi, faut-il souvent se fier aux circonstances et laisser au temps le soin de refaire ce qu'il a défait. Le traitement chirurgical ne donne aucun résultat. Il est condamnable. Gilles de la Tourette cite le fait d'une malade qui subit l'excision des deux nerfs susorbitaires et ne retira de l'opération qu'une exacerbation de son blepharospasme. Borel compare ces opérations « à des enfants qui cherchent à saisir la lune ou à des chats qui courent après leur ombre ». A maladie psychique, il faut un remède psychique. Harlan a obtenu une guérison à l'aide d'un pseudo-aimant en bois, imitation de l'aimant de Charcot. Une pilule de mica panis a suffi, dans un cas dont nous avons publié l'observation, à guérir notre malade ; ce qui démontre que si souvent de petites causes peuvent produire de grands effets, il n'est pas besoin parfois de leur opposer les grands remèdes.

Le pronostic n'en doit pas moins être très réservé. Il est impossible de prévoir la fin d'un blepharospasme traumatique, et cette considération présente une importance particulière en matière de blessure de guerre pouvant donner droit à la pension de retraite; car alors, il faut tout à la fois réparer le présent sans engager l'avenir.

(1) Borel. — Hystérotraumatismes oculaires, *Archives d'Ophtalmologie*, avril 19.., p. ...

L'Insuffisance hépatique

Le foie n'est pas seulement la glande la plus considérable du corps, celle qui fixe le fer, retient le sucre sous la forme de glycogène et régularise l'utilisation des graisses alimentaires, mais c'est aussi un merveilleux organe de défense pour l'organisme. La plupart des résidus toxiques de la digestion sont convertis par le foie en inoffensive urée. C'est également lui qui modifie normalement l'acide urique dont la présence est si préjudiciable à l'économie. Aussi, l'aphorisme : un bon vivant a besoin d'un bon foie, est plus vrai encore qu'il n'est drôle. Non seulement le foie annihile les poisons résultant de l'usure normale et de la destruction des tissus et neutralise ceux engendrés au cours de l'oxydation imparfaite des résidus de la digestion, mais il protège aussi l'économie contre beaucoup de toxiques absorbés accidentellement ou intentionnellement.

Comme l'a dit justement le professeur Richet : Le foie est la plus active et presque la seule glande capable d'effectuer les transformations chimiques.

Essayer de donner même un bref aperçu de sa physiologie et d'écrire la symptomatologie indiquant les perturbations de ses fonctions demanderait un volume. Nous allons, néanmoins, passer en revue quelques-unes de ses actions. Le rôle du foie dans le métabolisme du sucre est double L'une de ces fonctions est génerative, l'autre est accumulative. De la circulation de la veine porte, le foie retient certaines substances qu'il transforme en glycogène. Cette transformation, toutefois, ne dépend pas seulement de la présence dans les aliments de certains éléments. Ceci est prouvé par certaines formes du diabète. Dans celles-ci le malade accuse du sucre dans son urine non seulement pendant qu'il est soumis à un régime strictement prohibitif de produits hydro carbonés, mais même alors qu'il jeûne totalement et ne prend que de l'eau. C'est donc bien que le foie produit *du glycogène*, soit aux dépens de ses propres cellules, soit à celui du sang qui reçoit des autres tissus et organes du corps. Un autre rôle du foie est de retenir le glycogène. S'il en était autrement, le sucre apparaîtrait dans l'urine de toute personne normale après chaque repas. Or, il a été amplement prouvé par l'analyse quantitative du tissu du foie que ce tissu est beaucoup plus riche en glycogène après un repas qu'avant. Au point de vue clinique, cette dernière fonction est de grande importance. C'est l'altération de cette fonction qui caractérise le début du diabète.

Il ne semble pas douteux qu'au moins 95 0/0 de cas de cette maladie commencent par l'insuffisance hépatique, et une forte proportion de ces cas se caractérise par l'hyperactivité de la fonction génératrice de glycogène.

Un fort courant s'est opposé à la médication opiacée dans le diabète. En dépit du fait que dans un grand nombre de cas cette médication donnait apparemment de bons résultats, cette prévention contre l'opium est fondée. Si le diabète était entièrement et seulement dû à la suractivité de la fonction génératrice de glycogène, l'opium serait le remède logique pour maîtriser la fonction exaltée; mais le diabète étant essentiellement déterminé par une fonction défaillante, l'administration de l'opium ne pourrait avoir d'autre résultat que de déprimer celle-ci encore davantage.

C'est au docteur Gilbert, l'éminent professeur de clinique de la Faculté de médecine de Paris, que revient l'idée de traiter l'insuffisance hépatique à l'aide d'extrait de foie.

Cette médication, qui convient dans la majorité des cas de la maladie, avant que la perte en sucre ait entamé l'hyperactivité de la fonction génératrice de glycogène, ne saurait cependant être prescrite dans tous les cas.

La découverte du rôle de l'insuffisance hépatique dans la genèse du diabète, marque un grand progrès dans notre compréhension de cette maladie. Que cette insuffisance soit favorablement influencée par l'extrait hépatique est une preuve de la justesse de la conclusion que cette insuffisance est le facteur dominant de la maladie. Elle jette un vif éclat sur une nouvelle piste dans le traitement. De l'extrait grossier, ou plutôt de la poudre desséchée de tout le foie, d'abord employée par Gilbert, la pharmacie bio-chimique a fait des progrès, et la préparation appelée Filudine représente ce progrès. Ce produit est un extrait plus concentré et plus puissant du foie, auquel est combiné un extrait de la rate. Le foie et la rate ont des rapports si intimes que l'addition d'un extrait de la rate à un extrait du foie est une amélioration remarquable de laquelle résulte une action synergétique. La thiarfeine ou thiocinnamate de caféine (sel nouveau découvert par M. Chatelain), y est aussi ajoutée, car elle aide singulièrement à combattre l'anémie dont tous les diabétiques souffrent plus ou moins. Or, la lutte énergique contre l'anémie est d'autant plus une nécessité dans le traitement du diabète que celui-ci est des plus fréquents et que de récentes statistiques prouvent qu'il va en croissant d'une façon alarmante.

***

C'est encore l'insuffisance hépatique qui se trouve en cause dans l'auto-intoxication gastro-intestinale chronique dont certaines formes provoquent l'apparition de l'anémie pernicieuse. Il en est si bien ainsi, du reste, qu'il suffit dans ces cas de combattre l'auto-intoxication gastro-intestinale pour, du même coup, améliorer ou guérir l'anémie, et cela sans avoir besoin de recourir à aucune médication hématique.

Mais qu'il en soit ainsi, n'est-ce pas une indication que dans tous les cas d'anémie, il convient de tenir grand compte de l'auto intoxication intestinale chronique? A la faveur de celle-ci, en effet, il se produit dans l'intestin des produits toxiques capables d'exercer une action destructive sur le globule rouge.

Et ce n'est pas tout. Les toxines engendrées au cours de l'auto-intoxication intestinale réagissent encore sur le rein dont

elles irritent l'épithélium pouvant ainsi constituer un élément étiologique important du mal de Bright.

Ici encore, l'insuffisance hépatique joue un rôle déterminant. En effet, si l'intestin se trouve être le siège de pullulations microbiennes exagérées, c'est que la production biliaire est en défaut, c'est-à-dire, en définitive, que le foie ne remplit pas intégralement son rôle, qu'il fonctionne par suite de façon insuffisante.

En pareille occurrence, deux conduites peuvent être suivies pour remédier au mal.

Une première consistera à prescrire un remède susceptible d'arrêter les fermentations dans l'intestin. Un tel traitement est nécessairement d'effet momentané et ne pouvant durer qu'autant que le remède est lui-même continué. De tels remèdes ne peuvent être prescrits sans inconvénient durant un temps prolongé.

En ces conditions, il est infiniment préférable et plus logique d'instituer une médication propre à relever l'activité fonctionnelle du foie et à le remettre en état de secréter en quantité suffisante de la bile d'activité normale.

Et c'est ici, justement, que la filudine se trouve encore donner les meilleurs résultats et, par suite, se trouve constituer le traitement de choix parmi ceux dont à l'heure présente nous nous trouvons disposer.

Les Contre-Indications de la Vaccination antityphoïdique

L'éloge de la vaccination antityphoïdique n'est plus à faire.

Grâce aux bienfaisantes inoculations du vaccin que l'on prépare sans cesse dans les laboratoires du Val-de-Grâce, l'épidémie de fièvre typhoïde qui, il y a quelques mois encore, menaçait gravement nos troupes, a été complètement arrêtée.

Pour obtenir ce résultat si nécessaire, les vaccinations ont été pratiquées en masse dans les dépôts et sur le front même. Très justement, la direction du service de santé a estimé qu'il fallait agir énergiquement et, de parti délibéré, tous les hommes susceptibles d'être exposés à la contagion ont été obligatoirement soumis aux inoculations de vaccin, même quand des conditions particulières pouvaient faire craindre que ces inoculations ne fussent pas pour eux exemptes d'inconvéniens.

De deux maux, on décida, en somme, de choisir le moindre.

Entre la quasi-certitude de voir nos soldats condamnés à contracter une maladie aussi grave que la fièvre typhoïde et la crainte de les voir atteints de troubles plus ou moins intenses mais passagers, on ne pouvait hésiter.

En ces conditions, comme il fallait s'y attendre, on eut à déplorer des accidents qu'en toutes autres circonstances l'on aurait sûrement évités.

C'est, en effet, que si la vaccination antityphoïdique comporte ses indications très précises, elle a pareillement ses contre-indications non moins nettes.

Pour déterminer celles-ci, il importe tout d'abord de passer en revue les effets habituels de la vaccination, c'est-à-dire la réaction que celle-ci comporte et quels accidents elle peu entraîner à sa suite.

La réaction vaccinale, qui semble être constante, est uniquement une réaction locale. Celle-ci débute environ deux heures après l'inoculation par une douleur peu intense localisée au niveau du point inoculé.

Rapidement, il se produit une tuméfaction qui persiste vingt-quatre heures, puis disparaît peu à peu.

Cette réaction locale est sans importance réelle et ne nécessite d'autre soin que de dispenser les sujets intéressés du poids du sac durant les deux ou trois jours consécutifs à l'inoculation.

En dehors de la réaction locale, on observe encore, non chez tous, mais chez beaucoup de sujets, des réactions générales, petites ou grandes, qui méritent de retenir l'attention.

La petite réaction générale survient deux ou trois heures après la vaccination. Elle se caractérise par de la céphalée, un état de malaise général, une élévation de la température qui peut atteindre jusque 38°5 et une accélération du pouls. Parfois aussi on observe quelques transpirations, de la polypnée, de la courbature, de la fatigue et aussi de la diarrhée.

Tous ces symptômes, du reste, s'atténuent vite et, dès le surlendemain de la piqûre, tout, en règle habituelle, est rentré dans l'ordre.

Les fortes réactions générales sont beaucoup plus rares. D'ordinaire, elles débutent après quelques heures, par un grand frisson, avec dyspnée, agitation et élévation de la température jusqu'à 40°. Puis survient une suée profuse qui marque la fin de l'accès fébrile et qui laisse le sujet dans un état de fatigue profonde durant plusieurs jours.

En somme, ces réactions générales évoluent à la façon de fièvres typhoïdes en miniature. Leur inconvénient le plus réel est qu'elles semblent pouvoir donner un coup de fouet à toutes les infections aiguës ou chroniques jusqu'alors latentes.

Ces points établis, il devient possible de fixer les contre-indications de la vaccination antityphoïdique.

Une première règle à suivre est de ne jamais vacciner des hommes au cours d'une période de surmenage. Les inoculations doivent être pratiquées seulement sur des sujets au repos et pouvant y demeurer un temps convenable.

La vaccination, en règle générale, ne doit pas non plus être pratiquée chez des sujets au-dessus de 40 ans à moins qu'ils ne soient robustes et sans hypertension artérielle.

Les contre-indications les plus pressantes sont constituées par l'état pathologique du sujet. Les infections aiguës ou chroniques en évolution constituent, en règle générale, une raison d'abstention. Cependant, le paludisme, la syphilis ancienne ne constituent pas un obstacle réel. Autrement il en est de la tuberculose. Les lésions bacillaires, surtout celles localisées au poumon, l'albuminurie, les néphrites, la glycosurie, la cirrhose, la lithiase, les lésions cardiaques, la cachexie, l'intoxication alcoolique, etc., constituent aussi des indications pressantes de s'abstenir.

En définitive, pour que la vaccination antityphoïdique donne tous les bons résultats que l'on est en droit d'attendre de son application, il importe essentiellement qu'elle ne soit appliquée qu'à bon escient, après examen médical consciencieux des sujets.

Ainsi seulement, en effet, il devient possible de pratiquer des immunisations complètes et sans faire courir de risques aux hommes que l'on désire protéger contre les atteintes possibles de l'infection typhoïdique.

REVUE CLINIQUE

Un cas intéressant de Maladie bleue chez un enfant

Par MM. les Docteurs HAUSHALTER et FABRISE

Les cas de maladie bleue chez l'enfant et même chez l'adulte se rencontrent parfois. Cependant, nous avons cru devoir signaler celui qui fait l'objet de cette observation pour les raisons suivantes : peu d'intensité des symptômes malgré l'étendue des lésions, forme particulière de ces dernières, possibilité pour le petit sujet d'atteindre l'âge de 8 ans avec un développement presque normal.

Le jeune G. D... entra en 1911 au service des contagieux pour coqueluche. A cette époque, il était âgé de près de 5 ans, de taille normale, mais présentant sur tout son tégument une teinte asphyxique d'un bleu violacé. Les doigts avaient la déformation dite hippocratique, les gros orteils étaient renflés en massue. L'intelligence était assez vive, la parole facile.

La coqueluche évolua sans aucune complication, et l'enfant fut placé à l'annexe de la clinique, à Maxéville, en raison de ses troubles circulatoires.

Au moindre effort, le petit malade s'essoufflait, la teinte asphyxique de la peau et des muqueuses augmentait. La recherche des symptômes morbides du côté des organes thoraciques ne donnait guère de renseignements ; la pointe du cœur battait dans le cinquième espace intercostal ; la matité précordiale était un peu élargie (8 centimètres de large sur 5 cent. 1/2 de hauteur). L'oreille ne percevait aucun bruit de souffle. La respiration semblait normale.

Le foie était de volume moyen, la rate augmentée de volume.

Cet état persista pendant tout le séjour de l'enfant à l'Hospice J.-B. Thiéry, de 1911 à janvier 1914. Une numération de globules pratiquée au début de 1912 montra une légère hyperglobulie : 6.240.000 hématies et 74.000 leucocytes.

La tuberculino-réaction pratiquée en 1911 se montra nettement positive.

En janvier 1914, la cyanose augmenta, l'enfant dut être alité. Bientôt il apparut des accès paroxystiques de dyspnée, des hématémèses, du mœléna et le petit malade succomba.

D'après les parents, la cyanose aurait été remarquée vers le sixième mois après la naissance.

Le père est bien portant ; la mère sourde et muette ; son père serait mort d'affection du cœur ; il est difficile d'ailleurs d'apprendre grand'chose sur les antécédents de la famille.

Autopsie. — Les lésions les plus intéressantes sont celles du cœur et des gros vaisseaux. Les ventricules sont hypertrophiés et dilatés, l'oreillette gauche est hypertrophiée.

L'aorte est dilatée dans sa portion ascendante et au niveau de sa crosse. L'artère pulmonaire est réduite à un mince vaisseau d'apparence veineuse. Le canal artériel persiste et s'abouche avec la branche de division gauche de l'artère pulmonaire. Les deux branches de cette dernière sont plus volumineuses que son tronc principal.

Après ouverture des cavités cardiaques, on constate une large communication des deux ventricules à travers le septum. Cet orifice a une forme triangulaire à sommet inférieur, avec des côtés de 1 c. 1/2 de longueur et des bords mousses. Les valvules aortiques sont normales. L'artère pulmonaire ne s'ouvre pas dans le cœur droit : le cathétérisme montre que ce vaisseau se termine en cul-de-sac du côté du ventricule. A l'extrémité de la sonde, sur la paroi ventriculaire droite antérieure, on voit une petite cicatrice ayant à la loupe l'aspect d'une étoile à trois branches, qui paraît bien être le résultat

d'une soudure ancienne des valvules pulmonaires. Le trou de Botal est perméable.

Il faut penser à une endocardite fœtale ayant déterminé une soudure de l'orifice pulmonaire. La persistance du trou de Botal indique que la lésion est survenue dans les premiers mois de la vie intra-utérine.

L'absence de souffle, tel qu'on le signale dans la maladie de Roger, s'explique ici par l'obturation totale de l'orifice pulmonaire ; la communication interventriculaire étant large, ayant des bords arrondis et lisses, ne peut donner lieu à un bruit de souffle, d'autant plus que la tension n'est pas très différente dans les deux ventricules.

Les autres organes présentent les altérations de congestion passive que l'on trouve au cours des états asystoliques.

Les hémorragies intestinales et gastriques s'expliquent par la stase au niveau du tube digestif. La muqueuse de ce dernier est parsemée de petites ecchymoses ; elle est tuméfiée et hypervascularisée.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont caséifiés ; on trouve un bloc de broncho-pneumonie tuberculeuse au sommet droit.

Il faut insister sur ce fait que dans cette observation, les symptômes consistèrent très longtemps en une simple cyanose de la peau et des muqueuses (1).

REVUE DE PSYCHIATRIE

Pseudo-Homosexualité pendant une folie hallucinatoire

Par le Mᵉ Dʳ WITRY,

Il s'agit d'une folie hallucinatoire avec pseudo-inversion sexuelle nettement accusée, qui remonte vers quelques années, au temps du vol de la Joconde. C'est un jeune homme de 22 ans, ami de ma famille, qui se trouvait à Paris lors du vol de la Joconde. Grand émoi partout ! Le malade se rend le soir aux Folies-Bergères, et là il entend des voix hallucinatoires venant de la scène, qui lui disent : « Mais la Joconde n'est pas volée ; c'est toi la Joconde. » Il croit que tout le monde dans la salle le regarde et gagne les Grands-Boulevards. Là aussi tous les flaneurs se retournent après lui et chuchotent : « Voilà la Joconde, qui passe. » Il s'enfuit dans son hôtel, passe une mauvaise nuit et part avec le premier train pour rentrer en province dans sa famille. Il s'y présente directement avec les mots : « Je suis la Joconde, papa ! » Les hallucinations auditives se retirent au fond dès ce moment pour faire place à une véritable substitution de la personnalité. Le médecin de la famille m'appelle et le malade me suit tranquillement dans mon sanatorium. Pendant ce voyage, il y eut encore quelques poussées hallucinatoires et à l'arrivée la lucidité était un peu trouble ; le malade se croyait de temps en temps à Paris. Pas d'antécédents héréditaires, pas d'infection, d'intoxication chez le malade. Le sens sexuel était toujours peu développé chez le jeune homme : en somme c'était un indifférent sexuel, un frigide jusqu'alors. La maladie remuait énormément sa sexualité. Les premiers jours il restait calme avec de petits sourires mignons, qu'il faisait aux autres malades. Ensuite ce furent des clignotements de l'œil, des engagements muets par signes non équivoques invitant les gardiens, les sœurs, moi-même, à le fréquenter comme une femme ; puis il s'offrait par des mots crus : « Mais, c'est moi la Joconde ! Venez donc jouir de cette belle dame. Je vous offre mon lit, etc. » Je dus l'isoler. Cette effervescence pseudo-homosexuelle durait trois semaines. Pas d'onanisme. Ensuite les hallucinations auditives et visuelles reprirent d'une façon extravagante. Je conseillai aux parents de l'interner chez un ami, mon sanatorium étant ouvert.

Le transport se fit bien, la lucidité du malade étant fortement entamée. Il se présentait au médecin directeur comme « la Joconde », mais restait depuis lors libre de toute impulsion sexuelle. Son séjour à l'asile d'aliénés dura environ 5 mois. Au commencement nous avions peur d'une démence précoce rapide, mais le malade reprit peu à peu tant de santé psychique, que nous le laissions partir dans sa famille à la campagne pour la convalescence. Celle-ci progressait vite et aujourd'hui le jeune homme a repris ses occupations. Il se rappelle très bien, que son sens sexuel a été inverti pendant ledit temps et qu'il acceptait cette impulsion sans discussion aucune. Aujourd'hui il en parle tranquillement avec moi sur le sujet, et sa frigidité a fait place à une libidie normale.

Trois cas analogues, un homme et deux femmes, sont encore en traitement. Il faut encore un certain temps pour pouvoir se prononcer sur une guérison définitive ou sur une démence précoce inguérissable.

(1) Soc. de méd. de Nancy.

REVUE D'ORTHOPÉDIE

Appareils économiques pour les paralysies du radial et du sciatique

Par M. le Docteur P. SOLLIER
Chef du Centre Neurologique de Lyon

Le gant à ressorts pour la paralysie radiale est un gant ordinaire, à long poignet, et ne recouvrant que la première phalange des doigts. Sur sa face dorsale glissent dans des gaines des ressorts d'acier correspondant aux doigts, qui empêchent la chute du poignet, lui laissent de la souplesse dans la flexion des doigts, et le redressent quand cette flexion est terminée. Des ressorts plus légers, placés dans des gaines, en partie recouvertes par les premières, remplissent le même rôle vis-à-vis des premières phalanges. Cet appareil a autant de résistance que les appareils orthopédiques rigides, beaucoup plus coûteux et qui immobilisent le poignet et les premières phalanges.

L'appareil pour les paralysies totales ou partielles du sciatique est encore plus simple et moins coûteux. Il peut s'appliquer à toute espèce de chaussure. Il se compose essentiellement d'un bracelet de cuir lacé sur le bas de la jambe et prenant point d'appui sur les malléoles. La patte du soulier est remplacée par une patte de tissu élastique très résistant dont le bord supérieur en cuir vient se relier au moyen d'agrafes et d'un lacet au bracelet de la jambe. Le soulier étant mis, ainsi que le bracelet, on relève le pied au maximum, puis on rattache la patte au bracelet. On ferme le soulier par dessus comme à l'ordinaire.

Le réglage est des plus simple, le remplacement de la patte élastique facile ; l'exécution et la mise en place de cet appareil peuvent se faire n'importe où. Outre son prix infime en comparaison de celui des chaussures orthopédiques, il a l'avantage de ne pas immobiliser le pied et d'utiliser toute l'activité et la tonicité dont sont encore capables les muscles paralysés.

CARNET DU PRATICIEN

Bronchite chronique

Chez les adultes, employer en friction la mixture ci-après :

Baume de Fioraventi......	250 grammes
Essence d'eucalyptus......	30 —

Chez les enfants et sujets à peau très délicate on pourra utiliser la pommade suivante :

Lanoline..............	20 grammes
Vaseline	30 —
Essence de térébenthine...	4 —

Les surfaces frictionnées seront la poitrine et le dos de préférence.

Instituer la cure de globéol, 2 pilules au début de chaque repas.

Alopécie diffuse

Lotions quotidiennes avec :

Bichlorure de mercure.	0.03 à 0.12 cent.
Résorcine ou acide salicylique...........	0.30 à 0.60 cent.
Huile de lavande......	0.06 à 0.12 cc.
Huile de ricin ou glycérine..............	0.30 à 0.60 cc.
Alcool................	q. s. 30 cc.

Dose plus forte d'huile de ricin, si le cuir chevelu est sec : au cas contraire, adjonction d'éther ou d'acétone.

Dans les cas graves : faire précéder ce traitement de frictions avec l'onguent excitant suivant, chaque soir, ou seulement une ou deux fois par semaine selon l'irritation produite :

Betonaphtol...........	0.30 à 0.60 cent.
Soufre précipité.......	0.06 à 1 gr. 20
Résorcine............	0.06 à 1 gr. 20
Huile de lavande......	0.06 à 0.12 cc.
Pétrole	30 grammes

(DORE).

Fibromes compliquant la grossesse

1° Repos au lit ;

2° Contre les douleurs, prendre des lavements laudanisés devant être gardés :

Laudanum de Sydenham de	XV à XXV gouttes
Eau	125 grammes

3° Contre les hémorragies, prendre par jour de 6 à 12 comprimés de fandorine. Prendre en plus des injections vaginales chaudes (48 à 50 degrés) avec de l'eau bouillie additionnée pour une injection de deux litres d'une cuillerée à soupe de gyraldose.

Hypertension artérielle habituelle

Nitrite de sodium............	2 grammes
Nitrate de potasse...........	4 —
Bicarbonate de soude.........	10 —
Sirop de cerises.............	100 c. c.
Eau distillée................	200 c. c.

Prendre chaque jour une à trois cuillerées à soupe dans un demi-verre d'eau chacune.

Instituer en plus la cure d'urodonal, 3 cuillerées à café en dissolution dans l'eau, pris en trois fois entre les repas, durant vingt jours par mois.

Urticaire

1° En cas d'embarras gastrique, prendre un vomitif ou un purgatif salin ;

2° Prendre dans le courant de la journée à deux heures d'intervalle l'un de l'autre, et cela jusqu'à disparition des accidents aigus, deux cachets contenant chacun :

Bromhydrate de quinine..	0 gr. 20 cent.

3° Le soir lotion des parties prurigineuses avec de l'eau chaude additionnée pour un quart d'alcool camphré.

Poudrer ensuite avec :

Salicylate de bismuth.......	5 grammes
Amidon pulvérisé..........	45 —

4° Au début, régime lacté exclusif, puis régime lacto-végétarien.

Prendre trois fois par jour de 2 à 3 comprimés de sinnbérase.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 50.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J.-Rousseau
L'Administrateur-Gérant : A. GYRAUD

Les Médecins rapatriés d'Allemagne

(Suite)

Grenier Etienne, M. A., 11e. — Dournay Jean, A. M., 9e ch. — Cazal Georges, M. A., 11e. — Bodolec Eugene, M. A., 85e. — Philippon Henri, M. M., 165e. — Turquety, M. A., 9e génie. — Esquiral Emile, M. M., 20e corps. — Gudard Charles, M. A. M., 59e. — Deupes Emmanuel, M. A. M., 20e. — Wurtz Pierre, M. A., 161e. — Daniet Jean, M. A., 18e. — Zimmer Charles, M. A., 64e ch. — Herme Paul, M. A., 145e. — Huot Victor, M. A. M., 1er col. — Thorel Louis, M. M., hôp. Havre. — Léonetti Dominique, M. A., 228e. — Dautray Pierre, M. A., 5e groupe cycliste.

Blanchot Jules, M. A., 44e. — Viard Marcel, M. A., 7e génie. — Tersen Gabriel, M. A., hôp. Douai. — Dahllain Louis, M. A., 1re S. — Comtessouze, M. A., 44e.

Bonhomme Georges, M. A., 3e zouaves. — Guillet Pierre, M. A., 36e. — Crétin René, M. A., 44e. — Euvrard Jacques, M. A., 60e. — Moulineau, M. A., 18e corps. — Mallargue François, M. A., 278e.

Poirier Arsène, M. M., 26e terr. — Allée Alphonse, M. A., 26e terr. — Delleval Ferdinand, Peyron Raymond, M. A.

Gorey Marcel, M. A., 67e bat. alp. — Pottet René, M. A., 202e. W Predhomme Albert, M. A. M., Laon.

Tierny Aug., M. A. — Bruthier Oscar, M. A., 34e. — Villetard de Prumier, M. A., 11e génie. — Casabianca Jérôme, M. A., 261e. — Razeron Henri, M. A. M.

Mestrude Ferdinand, M. M., Laon. — Couénon Ch., M. A. M., 131e. — Vidaux Jules, M. A. M. — Chabrol Henri, M. A. M. — Molin de Teyssieu, M. A. M., 18e. — Mangenot Albert, M. M., 95e. — Chevalier Joseph, M. A., 13e ch. alp. — Buten Marcel, M. A., 115e. — Gustin Louis, M. A., 85e. — Chopinet Maurice, M. A. M. — Laur Emile, M. A., 81e. — David Henri, M. A. M., 143e. — Massonnaud Jean, M. A. M., 150e. — David Henri, M. A. M., 143e. — Dutrêtre Emile, M. A. M.

Jeandidier Henri, M. A. M., 164e. — Saint-Martin Henri, M. M., 2e corps. — Guillemin Eugene, M. A., 85e. — Bec François, M. A. M., 342e. — Ray Paul, M. A., 11e corps.

Suzini, M. A., 15e corps. — Giraud Robert, M. A. M., 15e corps. — Granjean Paul-Marie, M. A. M., hôp. Longwy.

Neuvialle Raphael, M. A. M., 61e. — Roublet Camille, M. M., 103e. — Poisson, M. A., 11e corps. — Rabondin, M. M., 104e. — Fontaine, M. A., 35e. — Périmony Georges, M. A., 145e. — Moineau Jules, M. A., 8e corps. — Deguevain, M. A., 133e. — Vandeputte, M. A., 1er terr. — Lesbre Phil., M. A. M., 8e corps. — Num Ch., M. A. M., 15e corps. — Toupet Jacques, M. A. M., 3. 5. — Plouvier, M. M., 1er corps. — Codron Gilbert, M. A., 1e terr. — Coste Joseph, M. A., 12e. — Eiceard Henri, M. A. M., 13e div. de rés. — Journet Lucien, M. A. M., 14e. — Faurie Joseph, Lavel Henri, Saint-Hilaire André, M. A. M., 62e div. de rés.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Comment le Médecin peut-il provisoirement remplacer par les produits français les produits pharmaceutiques allemands les plus importants ? par B. Lyonnet, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon et R. Boulud, Pharmacien des Hôpitaux de Lyon (Lyon).

Dans cet intéressant travail, les auteurs montrent la nécessité de la lutte contre les produits allemands, et concluent ainsi :

« Donc ne perdons pas de temps. Encourageons nos chimistes, montrons que leurs produits sont excellents, ne laissons pas prendre par le « Erfindungscher » ou « guetteur d'invention » allemand les découvertes de nos savants. Devenons méfiants, renseignons-nous sur les procédés commerciaux de nos ennemis, prenons garde à la rentrée des produits allemands, plus ou moins maquillés, par les pays neutres.

M. Trillat, craint notre apathie : « Avant qu'on ait délogé de ces tranchées scientifiques les vieilles habitudes qui y sont enracinées, avant que par un effort énergique on en ait chassé la vieille routine, je crains qu'il ne se passe beaucoup de temps. »

Tâchons de donner tort à ces craintes. Répétons partout que s'il est des produits allemands excellents, il y a aussi beaucoup de camelotes, des produits sans valeur, des musiques qui jouent faux, des horloges qui ne marquent pas l'heure, faisons preuve d'un patriotisme raisonné. Montrons, ainsi que le disait récemment M. Paul Girard, membre de l'Institut qu'il y a en France malgré une légèreté toute superficielle, des « ressources inépuisables de volonté et d'énergie ».

L'Emprise allemande, par Pierre Delbet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris. (Librairie Félix Alcan)

Les Allemands sont convaincus que « tout ce qui est allemand a par son caractère quelque chose d'absolument supérieur à tout ce qui n'est pas allemand ». L'emprise de l'Allemagne sur notre pays, n'est pas légitime ; elle est le résultat, non d'une force véritable comme a été celle de la France au XVIIIe siècle, mais celui d'une entreprise de caractère commercial.

M. le professeur Delbet démontre que ce qui vient d'Allemagne, doit être tenu pour suspect, et cela en raison même de la mentalité des Allemands.

L'auteur passe en revue les différents ordres de connaissances dans lesquels cette emprise est la plus évidente : la philosophie, la philologie, l'histoire, les arts et les sciences.

Il s'étend particulièrement sur leurs découvertes médicales dans lesquelles le bluff joue toujours un grand rôle. Le traitement de la tuberculose par les procédés de Koch et de Behring, leurs traitements du cancer, sont des exemples typiques dont M. le prof. Delbet, avec sa haute autorité scientifique, démontre l'inanité.

Sa conclusion est que rien dans l'orientation scientifique de l'Allemagne, ni dans ses méthodes ni dans les résultats qu'elles ont donnés, ne justifie son emprise. L'une des suites de la guerre sera de marquer l'aurore de temps nouveaux et de permettre à toutes les races de contribuer pour leur part au progrès de l'humanité.

Comment on devient alcoolique, par M. le Dr P. Carles, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux (Bordeaux).

Dans cette note très intéressante, l'auteur démontre que la maladie de l'alcoolisme est la résultante de l'action de cinq facteurs principaux. La description qu'il donne de chacun de ces facteurs montre comment on peut se soustraire à leur action nocive. On y trouve des aperçus physiologiques nouveaux.

De la rééducation et de la réadaptation au travail des blessés et des mutilés de la guerre, par M. le Dr G. Borne, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France (Masson et Cie, éditeurs).

Communication à la Société de médecine publique et de génie sanitaire du plus haut intérêt, donnant sous une forme très concise les preuves de la nécessité pour l'Etat, de s'occuper des mutilés de la guerre en leur procurant les moyens de se refaire une vie, malgré leurs infirmités.

Mécanothérapie de Guerre, par M. le Dr Privat, in-18o, 1915 (A. Maloine et fils, éditeurs). 30 figures 2 francs.

Procédés simples et de fortune pour réaliser partout les indications de la mécanothérapie.

Les blessés de guerre et la cure thermale, par M. le Docteur F. Garrigou, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, directeur de l'Institut hydrologique de Toulouse (*La Pecue*, éditeur).

Il n'est pas de pays plus favorisé au monde que la France sous le rapport des eaux thermales. Celles-ci s'y rencontrent en effet, en abondance et de toutes espèces. C'est là, dans les circonstances tragiques que nous traversons, ainsi que le fait si justement remarquer M. le professeur F. Garrigou, une circonstance infiniment heureuse puisque nous pouvons lui devoir la guérison rapide et parfaite d'un grand nombre de nos blessés de guerre.

En ce qui concerne les victimes de la guerre, les eaux thermales peuvent être rangées en trois catégories essentielles : 1o Les eaux aseptiques cicatrisantes ; 2o Les eaux sédatives antinerveuses ; 3o Les eaux reconstituantes.

Les premières conviennent surtout aux blessés immédiatement recueillis pendant le combat ; les secondes doivent être réservées pour les sujets ayant subi des commotions, commotions ayant porté sur leur système nerveux pour en perturber les fonctions de toutes manières ; les dernières conviennent plus particulièrement aux sujets affaiblis, anémiés, aux lymphatiques, etc.

Toutes ces eaux, notamment, sont abondantes dans les stations de la région Pyrénéenne et, comme le fait fort à juste titre observer M. le professeur Garrigou, ce serait faire œuvre patriotique que d'utiliser largement pour le traitement de nos glorieux blessés, les ressources thérapeutiques merveilleuses qu'offrent ces stations. Il est à remarquer, du reste, qu'en le faisant, on ne ferait que suivre l'excellent exemple qui nous fut donné lors de la guerre de 1870.

ÉCHOS

Le service de santé de l'armée.

Le ministre de la Guerre, sur la proposition du sous-secrétaire d'Etat de la guerre du service de santé,

Considérant, en raison du développement considérable qu'ont pris les questions ressortissant au service de santé la nécessité de modifier l'organisation intérieure de la 7e direction au ministère de la Guerre, a nommé auprès du directeur de la 7e direction au ministère de la Guerre :

Comme adjoints techniques : le médecin principal de 1re classe Simonin et le médecin principal de 2e classe Sabatier ;

Comme adjoint administratif : le sous-intendant de 1re classe Goudal.

Offrande à nos Blessés.

Les médecins cubains viennent d'envoyer au ministère de la Guerre français un nouveau don destiné aux blessés. Il se compose de 90 colis, dont 7 barils de rhum, 16 sacs de sucre, 2 caisses d'effets, 60 caisses de coton et de gaze médicale, 5 caisses de tabac haché.

Spécialiste.

Un nouveau médecin-major à deux galons vient d'arriver à la caserne d'un dépôt de poilus.

Il se présente à son chef hiérarchique. Echange des aménités et des politesses usuelles en la circonstance. On se met à causer.

— Où exerciez-vous, mon cher docteur, avant la guerre ? interroge le chef.

— Depuis nombre d'années, mon commandant, je suis spécialement attaché au quartier des vierges folles dans une prison fameuse, réservée aux dames de tous les mondes. Je crois n'avoir laissé derrière moi que de bons souvenirs. Jugez-en vous-même.

Le bon docteur fouille alors dans ses poches : il en extrait un instrument chirurgical, fidèle accessoire du gynécologue. Sur le métal d'argent on peut lire, gravée, cette touchante dédicace : « Au Dr L..., ses clientes reconnaissantes. »

Et, mélancolique, le médecin-major déclare :

— Evidemment, je ne suis pas habitué à soigner les maladies du front...

Le saturnisme chez les électriciens.

On a pu observer plusieurs cas de saturnisme chez des ouvrières électriciennes employées dans une fabrique d'accumulateurs pour automobiles électriques.

Ces femmes malaxent une pâte à base d'oxyde de plomb et en enduisent de petites baguettes qu'elles frappent dans un moule dont elles enlèvent les bavures en les passant dans un anneau.

Ces accidents ont déjà été signalés en Allemagne et en Suisse, chez les ouvriers qui fabriquent des électrodes.

On a proposé au Conseil d'hygiène de rechercher, dans les procédés de fabrication, des modifications capables d'éviter la reproduction de ces accidents.

Le Conseil d'hygiène a accepté.

Antiquité de la maladie du sommeil.

On croit généralement, en Europe, que la maladie du sommeil est toute récente et est localisée dans l'Afrique centrale. D'après les recherches les plus récentes, il semble bien, au contraire, que la maladie ait été importée de l'Amérique du Sud, où on la connaît déjà depuis fort longtemps. Elle commença par sévir en Afrique occidentale, pénétra très lentement à travers le Congo, exerçant ses ravages de village en village. C'est ensuite dans l'Ouganda qu'elle fit le plus de victimes.

Fait curieux et peu connu : Ibn Khaldoun, écrivain arabe du quatorzième siècle, parle dans ses ouvrages de la maladie du sommeil (il la nomme ainsi) et la décrit comme un mal très commun dans son pays. Il en indique les symptômes essentiels d'une manière assez précise et ces derniers ne diffèrent pas de ceux que l'on peut observer communément aujourd'hui. C'est ainsi qu'Ibn Khaldoun mentionne la maladie du sommeil comme une affection atteignant surtout les classes élevées, débutant par des accès périodiques et finissant par contraindre les malades à ne plus pouvoir rester éveillés. Les accès transitoires font alors place à un mal permanent suivi, dans un délai plus ou moins long, d'une issue fatale.

Destruction des herbes sur les voies ferrées.

Dans certains pays de grande végétation cette destruction s'impose pour les voies ferrées.

Les herbes envahissant la voie s'écrasent sous les roues des wagons et rendent la traction impossible.

On a trouvé un remède radical en foudroyant tout simplement les herbes. On a lancé sur la voie une voiture portant une puissante source d'électricité détruisant les herbes sur son passage et nettoyant la voie sur une longueur de 40 km. par jour. Cette électrocution s'opère avec un courant à haut potentiel, la voiture porte une sorte de peigne d'où s'échappent des aigrettes électriques qui désorganisent rapidement les tissus des plantes.

On ajoute même que là où la voiture a passé deux fois l'herbe ne pousse plus.

La Muse médicale à Guillaume le Petit.

Toi, Napoléon, toi, bombardeur d'ambulances ?
Tu ne seras que le « Vandal »
Massacreur des enfants au fer aigu des lances
Singe du *Petit Caporal*.

Depuis plus de trente ans, l'ambition bourgeonne
Sous ton crâne lourd et épais.
Tu rêves, nuit et jour, d'une rouge couronne
Acquise dans le sang Français.

Tu blasphèmes ton Dieu fournisseur d'Hécatombes
Mais la justice est dans nos bras :
N'entends-tu pas déjà que de toutes ces tombes
Sortent des voix sonnant ton glas ?

L'orphelin, dépouillé gémit, mais prophétiques
Ses larmes annonçant, tombant,
La fin d'un scélérat. Bientôt sous nos portiques
Passera joyeux, flamboyant,

Le Drapeau revenu des Prusses dévastées,
L'Alsace où chantaient nos aïeux,
De Lorraine ayant vu, troupes épouvantées,
Tes soldats fuir silencieux.

Pleurant sur tes vaisseaux, sur ta cour détruite,
Nous te verrons courber le dos,
Et tu n'auras, cruel bourreau, pour satellite
Que la *Mort* portant une faux.

Que tes barbares mains, en ravages fécondes,
Changent en un vaste désert
La Belgique innocente, ensanglantant les ondes
Du corps de ses martyrs, *Albert*

Rude et brave guerrier, te verra sous l'outrage
Demander grâce à deux genoux
Quand les nobles alliés vainqueurs après l'orage
Te feront ce qu'on fait aux Loups.

Dr Henry-Labonne.

86e Année (Série XIVe) — N° 270 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 22 Septembre 1915

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones ; Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Prés. de cl. Expos. Gand 1913

Ancienne *Gazette de Santé*
(142e Année)

Sommaire du Numéro du 22 Septembre 1915

ÉCHOS

Au Sous-Secrétariat de santé militaire.

Le médecin-major de 1re classe Baron, médecin divisionnaire de la 48e division d'infanterie, est affecté au sous-secrétariat d'Etat du service de santé militaire.

Les médecins de 2e classe auxiliaires.

Les élèves du service de santé de la marine qui, au moment de la mobilisation, possédaient seize inscriptions de doctorat, ou douze inscriptions pour le grade de pharmacien de 1re classe, et qui ont été affectés au service général en qualité de médecin ou de pharmacien de 3e classe auxiliaire, peuvent être nommés à l'emploi de médecin ou de pharmacien de 2e classe auxiliaire.

Les élèves nommés à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire de 2e classe sont assimilés pour la solde, les indemnités et la hiérarchie, aux médecins et pharmaciens de 2e classe de la marine.

Les médecins et pharmaciens aides-majors de réserve.

Un projet de loi, dont le Parlement vient d'être saisi, propose que pendant la durée de la guerre et pendant un an à dater de la cessation des hostilités, les docteurs en médecine et les pharmaciens de 1re classe, pourvus du grade d'aide-major de 1re classe ou de 2e classe de réserve et qui auront servi aux armées comme tels pendant deux mois, pourront, sur leur demande et sur la proposition de leurs chefs hiérarchiques, et à condition de n'avoir pas dépassé l'âge de 32 ans, être admis avec leur grade dans l'armée active, où ils prendront rang à la suite des officiers du même grade. Cette admission pourra être prononcée sans condition de minimum de service effectif aux armées à la suite d'une action d'éclat, d'une blessure grave ou d'une citation à l'ordre du jour de l'armée.

Comment avoir des sérums ?

M. Peyroux, député, ayant exposé à M. le Ministre de l'Intérieur que les médecins civils ne peuvent en aucune façon se procurer les sérums indispensables à l'exercice de la médecine, qu'il en résulte les plus graves inconvénients pour la population civile, lui demandant, en conséquence, de donner des ordres pour faire cesser au plus tôt ce dangereux état de choses (*Question du 29 juillet 1915.*), en a reçu la réponse suivante :

« Il résulte des pourparlers intervenus entre les départements ministériels de l'intérieur et de la guerre que les médecins civils peuvent se procurer des sérums antidiphtérique, antitétanique, antiméningococcique et antidysentérique, sous la seule réserve, pour les trois derniers, tant des disponibilités que des besoins de l'armée, en s'adressant directement à l'Institut Pasteur, et que, d'autre part, des approvisionnements des mêmes sérums sont mis dans la plus large mesure à la disposition des préfets, sur leur demande, pour le service de la médecine gratuite. Dans les cas d'urgence, ces dépôts peuvent, à titre provisoire et à charge de remplacement, faire l'avance de quelques flacons de sérum aux médecins qui en auraient un besoin immédiat pour les malades de leur clientèle privée. »

La revaccination antivariolique.

La loi suivante vient d'être promulguée au *Journal Officiel* :

Article unique. — L'article 6 de la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique est complété par l'addition, entre les paragraphes 2 et 3, du texte ci-dessous :

En cas de guerre, de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie, la vaccination ou la revaccination antivariolique peut être rendue obligatoire par décret ou par arrêtés préfectoraux pour toute personne, quel que soit son âge, qui ne pourra justifier avoir été vaccinée ou revaccinée avec succès depuis moins de cinq ans.

Nécrologie.

Nous avons appris avec peine le décès du Dr Francisque Chaboux, médecin honoraire des Hôpitaux de Rouen. Il quitta cette ville y laissant de grandes sympathies pour venir jouir du climat de la Côte-d'Azur.

Président depuis de nombreuses années de la Société de Médecine de Menton, sa mort laisse d'unanimes regrets, car il était le bienfaiteur des malheureux.

La Relève des Médecins

L'article sur « la relève des médecins » de notre collaborateur, le Dr Maury, a soulevé une certaine émotion parmi nos confrères du front, émotion justifiée, disons-le, et qui s'est traduite par une importante correspondance adressée aux bureaux de la *Gazette Médicale de Paris*.

Si en très grande majorité, nos confrères partagent l'opinion exprimée ici-même par notre collaborateur, nous devons noter, cependant, que certains, beaucoup plus rares, s'accommodent parfaitement d'être maintenus en première ligne et sont d'avis d'y demeurer autant qu'il sera nécessaire.

Tel, par exemple, le Dr J..., dont il ne saurait être inutile de reproduire les arguments.

Armées, le 30 *août* 1915.

Mon cher Confrere,

Je lis dans le dernier numéro de la *Gazette Médicale de Paris*, le plaidoyer du Dr Maury, pour la releve des médecins. Je suis au front, médecin de régiment depuis un an, je connais beaucoup de camarades dont la position est identique. Nombreux sont ceux d'entre nous qui *refuseront* d'être relevés et demanderont à garder leur poste à l'avant.

Il s'agit, en effet, pour nous, non pas de convenances personnelles, mais d'abord de *rendre service*. Or, les services que nous arrivons à rendre, nous ne les rendions pas aussi exactement des le début de notre entrée en campagne. Il faut une accoutumance a la vie du front — prendre la notion de ce que l'on doit faire, de ce que l'on peut faire, et comment on doit le faire. Alors que nous avons consacré douze mois à nous « mettre au point », si j'ose dire, à prendre la notion de notre rôle — et alors que nous sommes, je puis le dire, a notre place et appréciés, comment accepterions-nous de perdre le benéfice de nos efforts et de priver de nos services nos hommes et nos camarades ?

Il me semble, d'autre part, que c'est ravaler un peu le rôle du medecin de regiment en le considérant uniquement dans ses fonctions de visiteur de malades et d'expéditeur vers l'arriere. Son rôle d'hygieniste présente une ampleur et un interêt qui sont dignes de son souci et aptes à cultiver toutes ses facultes de science et de devouement. Il est inexact et injuste de pretendre qu'un médecin du front puisse être ronge de rouille.

Je fais intervenir enfin dans les mobiles qui nous déterminent à rester a notre poste, les camaraderies, les solides amitiés nées de la vie commune et des dangers partagés — et aussi l'affection pour la troupe confiée a nos soins — affection souvent partagée et qui fait que l'on ne saurait impunement priver le soldat du médecin qui a su mériter sa confiance.

Bien a vous cher Confrere.

Dr J...

Le Dr J..., on le voit, estime que son devoir est de demeurer avec ses hommes de troupe.

Notre autre confrère, le Dr G..., est d'accord avec lui pour ne pas demander à occuper un poste à l'arrière et trouve, du reste, que les médecins ne sont pas, dans la guerre présente, plus mal partagés que les autres Français atteints par la mobilisation :

... Actuellement, parti depuis le début comme médecin d'un bataillon, j'ai TOUJOURS été sur le front, et mon regiment est encore dans les tranchees. Les diverses compagnies de mon bataillon defilent dans le secteur et je reste des mois et des mois dans le même secteur, seul avec mes infirmiers.

Ceci dit uniquement pour montrer que j'ai quelque droit à avoir une opinion au sujet de la relève.

Lorsque — comme beaucoup d'autres — j'ai des périodes de depression — lorsque j'ai le cafard — je compare ma situation à celle des officiers de mon bataillon qui, plus que moi, partagent les dangers et les fatigues de leurs hommes, je pense à tous ces hommes qui, hier encore, avaient de belles situations dans le commerce, l'industrie, la banque, etc., et qui, aujourd'hui, sont des soldats, pas toujours des sous officiers.

Je me demande pourquoi la relève aurait lieu uniquement pour les médecins, dont le passe militaire est loin de valoir celui des officiers et des soldats.

Et j'entends ceux qui, NUIT et jour, sont à la peine par tous les temps, ceux dont la vie court beaucoup plus de risques que la nôtre nous dire : « Et nous, nous relevera-t-on ? »

Vraiment, on croit rêver lorsque, à un moment où la France est encore envahie, à un moment où un ennemi aussi sauvage que redoutable concentre ses efforts pour preparer une nouvelle invasion, on croit rêver lorsqu'on lit que les medecins du front sont condamnes a oublier leurs connaissances scientifiques antérieures ! ! !

Mais que pourraient dire les avocats, les dentistes, les musiciens, les pharmaciens, les curés eux-mêmes, les ouvriers d'art, ou même les ouvriers tout court, de toutes les catégories dont aucune loi tutélaire n'a fait des officiers ? ?...

Certes, si les médecins du front regardent derriere eux, ils pourront se croire victimes d'injustices, mais qu'ils regardent un peu devant eux, autour d'eux, et ils seront étonnes de s'entendre dire par les combattants qui les entourent qu'eux-mêmes constituent une injustice.

Et ils regarderont la relève non comme un dû, mais comme une faveur.

Excusez cette longue lettre et veuillez agréer, M. le Directeur et honore Confrere, l'expression de mes sentiments les plus distingues.

Dr G...

De façon générale, cependant, avec M. Maury, nos correspondants s'accordent pour demander que des mesures soient prises en vue d'assurer la relève des médecins de façon régulière.

L'équité la plus élémentaire veut qu'elle soit assurée. De l'avis du Dr G..., ce serait chose, en somme, assez aisée, n'était le mauvais vouloir de l'administration :

Je suis convaincu qu'il ne faudrait actuellement guère plus de 500 médecins pour remplacer ceux de l'avant qui sont fatigués et demandant à être relevés; ce doit être très facile à trouver.

D'ailleurs, tout le monde est d'accord : le corps médical, les parlementaires, les ministres. Le sous-secrétaire d'Etat fait des promesses ; le ministre a déjà envoyé trois circulaires au moins pour prescrire cet échange tant réclamé, et tout cela sans résultat jusqu'à maintenant. On a l'impression qu'on se heurte a des obstacles administratifs ; il y a des mauvaises volontés dans la transmission des demandes et dans l'application des circulaires ministérielles. Il faudrait insister pour que le roulement se fasse en quelque sorte mécaniquement, par un texte précis, formel, impératif ; c'est une condition essentielle.

C'est une opinion analogue que nous exprime de son côté le Dr P..., qui nous écrit :

Malgré l'article de M. Maginot paru au *Journal* le 18 août dernier, le Service de santé militaire s'obstine à ne rien faire pour nous.

Aussi bien, comprend-on l'amertume de certains de nos confrères maintenus indéfiniment dans les services de l'avant alors qu'ils savent des collègues embusqués dans des postes de tout repos. C'est ce que pense le Dr de F... :

Il y a des injustices et du favoritisme vraiment inexplicables.

Et aussi le médecin auxiliaire J... qui demande ironiquement :

Il y a-t-il encore des médecins auxiliaires qui n'ont pas été au front ? Serait-ce possible ? Hélas ! oui, s'il faut en croire le récit d'un de mes camarades qui revient de Bordeaux et à qui un de ses collègues disait là-bas : « Il faut être naïf pour être au front. »

Quant à notre confrère, le Dr P..., encore qu'il accepte fort allègrement les ennuis et les dangers des fonctions médicales dans les postes de l'avant, il ne laisse pas d'être quelque peu choqué de l'inégalité des traitements qui attendent les médecins suivant les postes qu'ils occupent :

... Je ne parle pas du danger; nous y sommes habitués et n'y pensons pas.

Mais, je reviens de permission et, en traversant Paris, j'ai admiré de jeunes confrères en élégante tenue se pavanant sur le boulevard.

Ne pourraient-ils avoir pitié de médecins de 30 à 40 ans qui ont treize mois de campagne !

La relève, mais elle se fait, me dira-t-on !

Oui, elle se fait. Mais pour les médecins des ambulances divisionnaires. Ceux de la nôtre sont changes tous les six mois et envoyés au repos. Et pour avoir fait quoi ?

Et les médecins des régiments restent toujours. Nous ne sommes même pas le nombre réglementaire. Je suis seul au bataillon depuis 7 mois. Nous devrions être deux. Un medecin auxiliaire vient d'arriver hier. Voilà 13 mois qu'il roulait des cigarettes dans un dépôt, et il se dit de l'active !

Des confreres l'accompagnaient, mais sont restés dans les ambulances divisionnaires....

En somme, dans cette question de la relève, ce qui choque le plus nos correspondants, c'est-à-dire le très grand nombre de nos confreres, c'est bien plus l'injustice dont ils sont victimes que le fait même d'être maintenus en des postes pénibles et périlleux.

Chacun de nous, en effet, est prêt à accepter allègrement tous les sacrifices s'ils doivent être utiles à la patrie ; mais, à bon droit, chacun aussi se révolte devant l'injustice et souhaite, à bon droit de voir partager équitablement les charges entre tous.

Notre collaborateur, le Dr Maury, n'a point voulu dire autre chose.

***

A la suite de ces remarques émanant de nos confreres, il n'est pas sans interêt de mentionner les réponses suivantes adressées par la voie du *Journal Officiel*, par le ministre de la Guerre, à divers deputés ayant interrogé ce dernier sur la question des conditions dans lesquelles s'opère la releve des medecins sur le front.

Question de M. Deyris. — M. Deyris, depute, demande a M. le Ministre de la Guerre dans quelles conditions s'opere la releve des medecins du front et si la mesure s'applique aussi bien aux medecins des régiments combattants qu'a ceux des ambulances, la circulaire recente a ce sujet n'ayant même pas été portée a la connaissance de certains services de santé du regiment du front.

Reponse. — La releve à opérer s'applique aussi bien aux médecins des corps qu'à ceux des formations sanitaires. Les designations sont faites par les autorités militaires de la zone des armées.

Question de M. le lieutenant colonel Driant — M. le lieutenant colonel Driant, député, appelle l'attention de M. le Ministre de la Guerre sur la situation des médecins de réserve qui assurent un service regimentaire depuis le debut de la guerre, service pénible auquel il serait temps de faire succeder pour eux une situation moins lourde, dans les hôpitaux de l'interieur ou se trouvent en revanche nombre de jeunes medecins qui ne sont jamais alles au feu.

Réponse. — La releve des médecins du front est actuellement en cours. Elle est effectuee par les autorités militaires de la zone des armees qui designent les médecins susceptibles d'être renvoyés à l'arrière.

Les Médecins et la Guerre

(Nous déclinons toute responsabilité au sujet des erreurs qui pourraient se trouver dans cette liste).

Les Morts

M. Chabrun, médecin aide-major de 2e classe au 2e régiment de marche de zouaves.

M. Georges Sevez, médecin auxiliaire au 114e régiment.

M. Houlez, médecin aide-major de 1re classe.

M. Bernard (Eug.), médecin auxiliaire au 55e régiment d'infanterie.

M. Courouble (Ach.), médecin aide-major de 2e classe au 243e régiment d'infanterie.

Les Décorés

Légion d'Honneur

Officier. — M. Martine, médecin principal de 2e classe, médecin chef de l'ambulance 14/22.

M. Drevon, médecin principal de 2e classe à la 11e région.

M. Chopinet, médecin principal de 2e classe territorial.

M. Seuvre, médecin-major de 1re classe territorial, hôpital temporaire n° 15.

M. Sibille, médecin principal de 2e classe territorial.

M. Atgier, médecin-major de 1re classe territorial.

M. Mourey, médecin-major de 1re classe territorial.

M. Hecquin, médecin-major de 1re classe territorial.

M. Lelorrain, médecin-major de 1re classe territorial.

M. Danion, médecin-major de 1re classe territorial.

M. Tournade, médecin-major de 1re classe territorial.

M. Joly, médecin principal de 2e classe territorial.

M. Lannois, médecin principal de 2e classe territorial.

M. Carrel-Billard, médecin aide-major de 1re classe territorial, à la direction du service de santé.

M. Sieur, médecin inspecteur, chef supérieur du service de santé d'une armée.

Chevalier. — M. Lacronique, médecin aide-major de 1re classe au 26e régiment d'infanterie.

M. Robert, médecin aide-major de 1re classe au 41e régiment d'infanterie coloniale.

M. Bourcier, médecin-major de 1re classe au 140e régiment d'infanterie.

M. Chapellier, médecin-major de 2e classe au 36e régiment d'infanterie.

M. Paloque, médecin-major de 2e classe au 176e régiment d'infanterie.

M. Fouineau, médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale.

M. Augier, médecin-major de 2e classe de réserve.

M. Perrot, médecin-major de 2e classe.

M. Montalti, médecin-major de 1re classe au groupe de brancardiers d'une division d'infanterie.

M. Faix, médecin aide-major de 1re classe, hôpital d'évacuation n° 32.

M. Fagart, médecin-major de 2e classe.

M. Chassevent, médecin-major de 2e classe, médecin chef de l'ambulance 2/82.

M. Joire, médecin-major de 1re classe.

M. Porquet, médecin-major de 1re classe, chef de l'ambulance 10/3.

M. Montalti, médecin-major de 2e classe, médecin chef de l'ambulance alpine 2/75.

M. Sencert, médecin-major de 2e classe, medecin chef de l'ambulance 6/20.

M. Caussade, medecin-major de 1re classe.

M. Schwartz (Anselme), médecin-major de 2e classe, service de santé d'un corps d'armée.

M. Demars, médecin-major de 1re classe, médecin chef de l'ambulance 14/16.

M. Fredault, medecin-major de 1re classe territorial.

M. Chautemps, médecin principal de 2e classe territorial.

M. Guerrier, médecin-major de 1re classe territorial.

M. Catuffe, médecin-major de 2e classe territorial.

M. Denuce, médecin principal de 2e classe territorial.

M. Chapotol, médecin-major de 2e classe territorial.

M. Peyramaure, médecin-major de 1re classe territorial.

M. Delfraysse de Frayssès, médecin-major de 1re classe territorial

M. Tissot, médecin-major de 1re classe territorial

(Voir la suite page VII.)

NOTE SUR L'EMPLOI
DE QUELQUES

Appareils plâtrés à anses

POUR FRACTURES OUVERTES DES MEMBRES

Par M. le Docteur H. DEBIENNE
Aide-major de 1re classe, 45e artillerie

L'autorisation bienveillante de M. le Médecin-chef de l'ambulance 5-55 et l'extrême obligeance de M. le Médecin-major Proust qui dirige le service chirurgical de cette formation et qui veut bien me confier le traitement de quelques blessés durant les périodes de repos au cantonnement, m'ont valu l'occasion, depuis plusieurs mois, de soigner un certain nombre de blessés atteints de fractures des membres.

Beaucoup de nos collègues qui ont suivi de ces blessés ont été frappés de la grande difficulté de les immobiliser efficacement : c'est-à-dire de leur appliquer un appareil permettant le renouvellement quotidien du pansement sans douleurs pour le blessé et sans mobilisation des fragments, et le maintien continu du membre fracturé en position normale.

Plusieurs d'entre eux ont, dans ce but, imaginé des appareils ingénieux, et M. le Dr Benoist, dans son service de l'ambulance 5/55 réalise des plâtres armés (colliers plâtrés avec scellements de tuteurs en fer) qui sont parfaits.

Sans vouloir opposer systématiquement une méthode nouvelle à la sienne, nous avons cherché à établir, dans le même but, des appareils robustes et simples, en n'utilisant pas les attelles métalliques et en usant seulement de plâtre et de tarlatane.

A titre de modeste contribution, la note ci-jointe décrit quelques gouttières plâtrées à anses aisément applicables au traitement des fractures compliquées et donnant des résultats très satisfaisants.

Type n° 1. — Le type n° 1 (que nous avons employé dans un cas de fracture du coude avec plaie de la région externe) peut servir pour toutes les fractures du coude et de l'avant-bras. On modifiera, suivant le siège, l'emplacement de la gouttière où le membre doit rester à découvert.

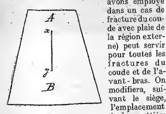


Fig. 1.

Taillez une attelle de tarlatane de 22 à 24 épaisseurs susceptible d'entourer le membre qu'on suppose à angle droit à la façon de la gouttière classique. Mais cette gouttière doit être trop longue de 20 à 30 centimètres.

Fendez la longitudinalement suivant *x*, *y*, c'est-à-dire la ligne médiane sur une longueur de 0 m. 30 à 0 m. 40. Mettez en place la gouttière bien imbibée de bouillie plâtrée. Les parties en grisaille A et B qui entourent l'une le bras, l'autre l'avant-bras doivent être rapprochées vers le coude à une distance de 0 m. 15 environ l'une de l'autre. Moulez les parties A et B comme à l'ordinaire avec des bandes de toile provisoires. Puis, saisissant successivement chaque partie de gouttière laissée vague à droite et à gauche de *x* et *y*, roulez-la transversalement sur elle-même et faites-en une anse, l'une en haut, l'autre en bas à concavité regardant la région du coude. Avec un peu de bouillie plâtrée lissez et régularisez les anses ainsi formées qu'il est inutile de recouvrir de bandes pendant la dessication.


Fig. .

Maintenez-les avec les mains pendant quelques minutes. Mettez une écharpe simple faite avec une bande pour soutenir le poignet.

Type n° 2. — (Fracture de l'humérus par éclat d'obus, nombreuses esquilles, larges plaies œdématiées).

Il s'agit de laisser la totalité du bras découverte en immobilisant le membre solidairement avec le thorax ; l'articulation de l'épaule doit être fixée elle-même.

Supposons le blessé assis, il faut que le bras tombe verticalement avec une légère obliquité en avant et en bas de sorte que l'avant-bras replié à angle droit reste distant du thorax de cinq ou six centimètres. Cette obliquité rend possibles les pansements des plaies de la région interne.

Pour réaliser l'immobilisation en cette attitude, préparez trois attelles de 24 épaisseurs et de 10 centimètres de largeur.

a) Une de 2 m. 50 environ de longueur fendue en deux chefs à ses deux extrémités sur une longueur de 0 m. 60 environ.

b) Une attelle de 0 m. 75 de longueur.

c) Une attelle de 1 m. 20.

Pansement ouaté peu épais sur l'avant-bras.

Couche d'ouate sur l'épaule du côté blessé.

Le malade est assis et un aide tient le membre dans la position décrite en exerçant une légère traction.

Bouillie plâtrée assez liquide. Il faudra imprégner les trois attelles en même temps et les exprimer très modérément avant de les appliquer.

Attelle a. — Commencez par l'attelle *a*. Roulez-la sur elle-même comme vous feriez d'une bande. Portez sur l'épaule du côté blessé les deux chefs d'une extrémité en les laissant retomber sur l'omoplate. Un aide maintient l'attelle sur l'épaule tandis qu'elle se déroule en avant, s'en va sous l'aisselle et remonte en arrière obliquement vers l'épaule où elle passe entre les deux chefs qui l'enserrent et la croisent.



Fig. 3.

L'attelle que vous continuez à dérouler descend à la partie postéro-externe du bras après avoir été repliée sur elle-même au fur et à mesure suivant sa largeur (on réduit ainsi cette dimension à 4 centimètres environ et on obtient un tuteur solide). Au niveau du coude, rendez à l'attelle sa largeur normale et entourez obliquement l'avant-bras des deux chefs.

Attelle b. — Sur l'épaule du côté sain, jetez l'attelle *b* comme une bretelle qui se glisse sous la précédente et se replie de bas en haut pour empêcher l'abaissement possible de l'attelle axillaire.



Fig. 4.

Attelle c. — Portez une extrémité de l'attelle *c* sur l'épaule du côté malade, glissez-la sous l'attelle postérieure et fixez-la en la repliant en crochet. Les extrémités des chefs de l'attelle *a* non entièrement utilisés peuvent servir à fixer

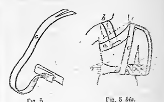


Fig. 5. Fig. 5 *bis*.

très solidement celle-ci. Jetez un peu de bouillie plâtrée sur les attelles qui couvrent l'épaule pour obtenir une cohésion parfaite, puis, l'attelle étant repliée sur elle-


Fig. 6.

même pour augmenter sa solidité descend sur la partie moyenne de l'avant-bras, la contourne à l'extérieur et remonte en dedans vers le thorax. L'avant-bras repose ainsi dans une anse dont la concavité regarde en arrière et en haut. Le reste de l'attelle va servir à établir un support en forme de V. La partie de ce V perpendiculaire au thorax mesure l'écartement (5 ou 6 centimètres) entre l'avant-bras et le thorax.

L'autre branche du V se creuse légèrement pour se mouler, après avoir repris sa largeur de 10 centimètres, sur la partie antérieure et externe du thorax ; elle ne doit pas avoir plus de vingt centimètres de longueur. L'appareil est terminé.

Inutile de mouler les attelles avec les bandes, on les modèle seulement avec les mains et on les lisse avec un peu de bouillie plâtrée. Les aides maintiennent le bras pendant un quart d'heure. Il est inutile également de fixer le V sur le thorax au moyen d'une bande circulaire — vingt-quatre heures

après, on insinuera seulement un peu d'onate entre le plâtre et le thorax, le blessé étant assis et creusant la région épigastrique.

Une bande de toile appliquée en écharpe comme dans les appareils classiques pour fracture de l'humérus, soutient le poignet et empêche son écartement anormal du thorax.

Cet appareil paraît assez compliqué au premier abord.

En réalité, sa pose n'exige pas plus de 10 minutes.

Fig. 7.

Type n° 3. — (Eclat d'obus ayant traversé l'articulation du genou, une plaie en dedans, une en dehors, pas de plaie postérieure.)

Cet appareil peut servir pour toutes les fractures intéressant la région du genou, la jambe et le cou-de-pied.

Taillez sur 24 épaisseurs de tarlatane une gouttière de jambe qui comprendra le tiers inférieur de la cuisse et qui sera trop longue de 0 m. 30 à 0 m. 40 (d'après l'étendue de la région que nous laisserons découverte).

Fig. 7 *bis.*

Fendez longitudinalement cette gouttière suivant les lignes *c, d, h k* qui ont 40 à 50 centimètres et qui correspondent à cette région, — l'écartement de ces deux fentes étant légèrement supérieur à la largeur du jarret.

Par une fente transversale, réunissez les milieux des deux premières (dessinant ainsi un H majuscule, voir figure ci-dessus).

Puis, sans vous occuper des parties laté-



Fig. 8.

rales devenues trop longues, emboîtez l'une dans l'autre, épaisseur par épaisseur les volets *a* et *b* à la façon de deux paquets de cartes qu'on mêle. Une couture à grands points assurera la réunion des deux parties. Faites sur les bords, vers l'extrémité inférieure deux entailles transversales qui faciliteront l'adaptation de la gouttière autour de l'articulation tibio-tarsienne. (Figure n° 7 *bis.*)

Posez la gouttière comme une gouttière ordinaire en moulant tout l'appareil avec des bandes de toile qui passeront par les fentes pour ne pas emprisonner les parties 1 et 2 destinées à former une anse. Un aide tient le membre en bonne position.

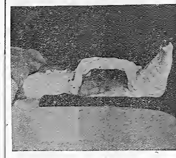


Fig. 9.

Sitôt l'appareil fixé, saisissez les parties latérales, tordez-les en les ramenant en avant et enroulez-les l'une sur l'autre. Lissez et régularisez pendant une ou deux minutes. Roulez une mince bande de gaze autour de l'anse ainsi formée et soutenez celle-ci pour qu'elle ne s'affaisse pas durant sa dessication.

L'écueil à éviter est l'affaiblissement de l'appareil dans le sens antéro-postérieur ; mais l'épaisseur double de l'attelle postérieure et l'union en avant en une seule anse des parties latérales assurent une grande solidité.

Le même type d'appareil peut servir pour les fractures de jambe sans plaie postérieure.

Type n° 4. — (Fracture de jambe avec large drainage antéro-postérieur.) Faites une attelle de 28 épaisseurs suivant la figure n° 10, attelle qui devra maintenir le membre jusque et y compris le 1/3 inférieur de la cuisse. Elle est taillée de 0 m. 20 à 0 m. 30 trop longue et elle a à son extrémité inférieure un prolongement P de la largeur de la plante du pied, un peu plus long que lui et terminé en deux chefs *l* et *m*. Faites deux incisions transversales à hauteur du talon.

Repérez exactement l'emplacement des plaies et du foyer de fracture.

Fig. 10.

Pratiquez trois fentes longitudinales dont le milieu correspondra au siège des lésions et placées de telle sorte que les parties 1 et 4 soient un peu plus étroites que 2 et 3.

Bouillie plâtrée assez liquide.

Portez la gouttière sous la jambe qui sera tenue peu élevée par deux aides, l'un au genou, l'autre au pied.

Commencez par mouler la gouttière autour du pied. Repliez la semelle dont les extrémités *l* et *m* doivent déborder au-dessous du talon de 5 ou 6 centimètres.

Roulez rapidement une bande pour fixer cette partie de la gouttière jusqu'en b, b¹, b². La partie supérieure de la gouttière est adaptée au pourtour du tiers inférieur de la cuisse, du genou et de la jambe jusqu'à la limite de la région qu'il faut laisser découverte. Manœuvrez en glissant cette partie supérieure de l'attelle vers l'extrémité inférieure sans vous occuper des parties 1, 2, 3, 4, qui se plissent parce qu'elles sont devenues trop longues.

Moulez la gouttière avec une bande de toile. Les aides, au genou et au pied, maintiennent le membre en bonne position et suffisamment élevé au-dessus de la table. L'aide qui est au pied exerce une légère traction.

Ramenez en avant les parties 1 et 4 et faites-en une anse unique comme dans l'appareil précédent. Chacune des parties 2 et 3 formera une anse oblique en bas et en dehors ; les extrémités *l* et *m* seront un support pour le pied et vous en réglerez la hauteur en les écartant plus ou moins suivant la hauteur des anses 2 et 3 qui reposeront sur le plan du lit. Pendant la dessication, mettez un coussin sous le jarret et un autre sous la partie de la jambe qui est en porte à faux. Celui-ci sera inutile dès le lendemain car les derniers tours de bande du pansement passeront par-dessus l'anse antérieure, suspendant ainsi cette région comme dans un hamac.

Dans la préparation de cet appareil, comme des précédents, il est important, au moment où l'on sort la gouttière de la bouillie plâtrée de laisser très humides, en ne les exprimant pas, les parties qui serviront d'anses.

Ces appareils plâtrés peuvent être appliqués dès le 2e ou le 3e jour, si le blessé ne



Fig. 11.

présente pas de phénomènes infectieux graves et si l'œdème est modéré.

Dans le cas d'accidents septiques sérieux (figure n° 9, gangrène gazeuse à B. perfringens au 10e jour), on attendra que les symptômes soient moins alarmants et que la menace d'une intervention d'urgence soit écartée.

En observant ces deux règles, nous avons obtenu les résultats suivants :

1° La fracture est parfaitement immobilisée et grâce à cette immobilisation, la suppuration diminue à vue d'œil en même temps que la réparation est plus active ;

2° La surveillance des lésions est aisée, le pansement plus rapide et plus facile ;

3° La douleur pour le blessé, surtout au moment du pansement, est supprimée. (Le blessé de la figure n° 6 apporté au prix de vives souffrances sur un brancard à la salle d'opérations est descendu seul d'un étage pour regagner son lit) ;

4° Grâce à cette immobilisation assurée et à la suppression de la douleur on n'hésite pas à faire voyager les blessés vers les formations sanitaires de l'arrière, 48 heures après la pose de leur appareil, et cette considération n'est pas négligeable quand, en vue de nombreux arrivages il faut évacuer une ambulance dans le plus bref délai.

TRAITEMENT
DE
L'Alopécie prématurée idiopathique

Par M. le Docteur E. DUCROUX
Médecin-directeur du sanatorium de Taxil

On désigne sous le nom d'alopécie prématurée idiopathique celle qui survient à l'âge adulte et qui n'est accompagnée d'aucune lésion du cuir chevelu ; elle s'accompagne aussi souvent de pityriasis ou de seborrhee, mais toujours peu marqués, et qui ne peuvent jamais être la cause principale de la chute des cheveux.

La chute des cheveux est continue, progressive et rapide ; les malades constatent avec désespoir que leurs cheveux tombent sans qu'aucun signe extérieur puisse leur révéler la cause exacte de leur disparition.

L'alopécie prématurée idiopathique débute à l'âge adulte, vers l'âge de dix-huit à vingt-quatre ans ; elle est fréquente à partir de vingt-huit ans, tout spécialement chez l'homme, elle est plus rare chez la femme, car cette dernière prend des soins plus minutieux de ses cheveux, car elle les mouille moins et ses coiffures sont plus légères. Cette alopécie débute par le vertex où elle forme rapidement ce que l'on appelle la tonsure, parfois elle commence par les tempes et ceci chez la femme.

Normalement,et chez un individu sain,les cheveux ont une existence de deux à quatre ans, mais il en tombe chaque jour de 13 à 205 par jour, avec une moyenne de 60 à 108 par jour. Au printemps et à l'automne les mues sont plus abondantes, il en est de même pour les femmes à l'époque des menstrues, mais lorsque le cheveu sain tombe il est remplacé par un cheveu aussi solide et aussi gros ; dans l'alopécie prématurée c'est tout le contraire qui se passe, les cheveux tombent abondamment, rapidement et d'une façon continue, ils sont en outre remplacés par des cheveux plus grêles, de plus en plus fins, ils poussent moins rapidement et bientôt ce n'est plus qu'un duvet qui disparaît à son tour.

Nous avons vu qu'elle débute par le sommet de la tête, puis elle gagne les parties latérales du front, elle élargit le front d'une façon plus ou moins progressive. Elle dénude ainsi toute la partie supérieure du crâne et il ne reste plus qu'une bande de cheveux plus ou moins large suivant les sujets, bande qui persiste vers les tempes et la région médiane postérieure et inférieure de la tête; les régions privées de cheveux ont un cuir chevelu blanc, lisse et ivoirin qui paraît aminci et comme tendu sur les parties sus-jacentes

Les causes de l'alopécie prématurée idiopathique sont les suivantes : prédisposition individuelle, précoce du système pileux du cuir chevelu ;

L'hérédité et l'arthritisme du sujet ;

Une mauvaise hygiène du cuir chevelu ;

Une mauvaise hygiène générale et une alimentation défectueuse ;

L'excès des travaux intellectuels ;

Les veillées prolongées d'habitude et le travail habituel intense dans le voisinage d'une source de chaleur (bec de gaz, etc.) ;

Les soucis, les préoccupations morales ;

L'existence de certaines maladies : affections du tube digestif, des organes génitaux et de la matrice chez les femmes ;

L'usage des lotions aqueuses ou alcooliques, de teintures ; enfin le port de coiffures lourdes et non ventilées.

Le traitement comprendra nécessairement un traitement général et un traitement local du cuir chevelu.

Traitement général

Le malade devra :

1° Adopter un régime alimentaire en rapport avec son genre de vie.

Si le malade habite la ville, il adoptera une nourriture surtout végétale, s'abstiendra de vin pur, de liqueurs, de café, d'oseille, de tomates, de fruits acides, de conserves, de gibier faisandé ; s'il se livre à des travaux intellectuels, il usera de poisson frais, de poulet, de viande rouge d'excellente qualité et prendra 6 à 8 pilules par jour de globéol qui est un médicament spécifique de l'anémie et de tous les cas où le sujet a besoin d'être fortifié ; en effet, le globéol renferme les extraits totaux des globules rouges du sang et du sérum sanguin obtenus dans le vide, c'est du sang vivant, qui, réintroduit dans l'organisme, se remet à vivre.

S'il vit à la campagne, il adoptera une alimentation surtout végétarienne et évitera les excès de table ; lorsqu'il subira une grande fatigue physique il aura soin de prendre durant quelques jours 8 pillules de globéol.

2° Eviter tout ce qui pourra congestionner la tête et le cuir chevelu.

Eviter le froid aux pieds, aux jambes et aux genoux.

Chaque matin faire des frictions sur les membres inférieurs avec de l'eau de cologne ou de l'alcool camphré.

Eviter les repas copieux, manger lentement, boire pendant les repas et favoriser les digestions en prenant à la fin du repas une infusion chaude de tilleul ou de camomille.

Eviter la constipation, tout spécialement chez la femme, en faisant du massage abdominal, en prenant des pruneaux cuits, et mieux du jubol qui rééduque l'intestin ; ce produit à base d'extraits biliaires et d'extraits complets de toutes les glandes de l'intestin enrobés dans la gélose est le laxatif rationnel, car il ne fatigue pas l'intestin tout en lui redonnant les principes naturels qui lui manquent.

Eviter la compression du cou par des cols trop étroits ou trop montants, éviter un corset trop serré et toute cause entravant la circulation

Eviter de travailler près d'une source de chaleur.

Eviter un travail intellectuel trop prolongé et prendre quelques instants de repos.

3° Soigner les maladies dont on peut être atteint, soigner l'état général en prenant de l'arsenic, des ferrugineux et mieux encore en faisant un usage quasi continu du globéol.

4° Il y a toujours excès d'acide urique dans l'alopécie qui est même un signe de l'arthritisme. Le bulbe pileux se nourrit mal, écrit le Professeur Légerot dans son remarquable mémoire sur l'urodonal, car il plonge dans un tégument saturé d'acide urique et qui réagit en secrétant du sébum en excès. « C'est en outre l'acide urique qui fait que les chauves sont des hyperacides, ce qui rend leurs cheveux cassants comme il rend leur peau sèche. La cure d'urodonal répond donc à la double indication thérapeutique de rendre le cheveu moins cassant et de diminuer la séborhée ; elle y répond en éliminant l'acide urique qui n'incrustera plus les cheveux pas plus qu'il n'irritera le cuir chevelu, lui faisant secréter du sébum. La cure d'urodonal est donc la seule thérapeutique logique de l'alopécie arthritique ». On ne saurait mieux dire que l'éminent professeur de physiologie et nos propres observations confirment pleinement ce qu'a écrit le maître.

Si le système nerveux est ébranlé, on obtiendra de bons résultats par des séjours à de hautes altitudes, en faisant de l'hydrothérapie , en résumé, le traitement de l'état général dans l'alopécie prématurée idiopathique est des plus importantes car souvent cette affection relève d'un trouble de la nutrition générale.

Traitement local

Le malade portera les cheveux courts, taillés aux ciseaux, les femmes couperont de temps en temps leurs cheveux de 1 centimètre lorsqu'ils seront fendus à leur extrémités.

On assurera une bonne hygiène de la chevelure, soit en la savonnant, soit en la graissant, si elle est sèche, avec la formule :

Alcoolat de lavande....	60	grammes
Alcoolat de citron......	30	—
Vaseline liquide	25	—
Acide lactique.........	2	—

en frictions. matin et soir.

Soit en dégraissant le cuir chevelu s'il est onctueux et en le tonifiant pour faciliter la repousse des cheveux avec la lotion :

Teinture de cantharides.	XX	gouttes
Essence de romarin......	XX	—
Essence de lavande.....	XX	—
Huile de sabine.........	XX	—
Alcool à 90°...........	30	grammes
Eau de Cologne.......	100	—

On aura soin également d'employer toujour les brosses souples afin de ne pas casser les cheveux qui sont fragiles ; on usera pareillement pour démêler les cheveux de peignes à dents très larges, en métal ou en corne, de façon à pouvoir les nettoyer, laver et désinfecter plus facilement.

Si la chute des cheveux persiste on emploiera la formule :

Naphtol.............	0 gr. 30
Résorcine...........	0 gr. 30
Soufre précipité.......	1 gr. 50
Huile de ricin.........	7 grammes
Vaseline pure.........	15 —
Baume du Pérou......	0 gr. 50

Si le cuir chevelu est trop irrité par le soufre, on supprimera celui-ci et on le remplacera par de la quinine à la dose de 0,25 cent.

En résumé, pour arriver à un résultat favorable, il faut bien retenir que le traitement doit être employé pendant de longs mois ; en outre, le malade ne devra pas se décourager et surtout ne pas être impatient.

TECHNIQUE D'APPLICATION AUX BLESSÉS
de mon Radiateur photothermique

Par M. le Dr MIRAMOND DE LAROQUÈTTE
Médecin-major de 1re classe, Médecin chef d'ambulance

La bonne utilisation de cet appareil demande un peu de doigté et au début une courte période de tatonnement en raison des réactions individuelles variables des tissus au rayonnement.

D'une manière générale on doit commencer le traitement en douceur et le conduire progressivement. Son application d'ailleurs est simple et aucun accident n'est possible, autre que des petites brûlures superficielles dans le cas où l'application serait trop étroite ou trop prolongée.

Au début, mettre seulement quatre lampes et maintenir les valves à 8 ou 10 centimètres de la peau.

Pour caler l'appareil dans le lit du blessé ou sur une table se servir au besoin de serviettes roulées, de livres, de morceaux de liège ou de bois.

Ne pas dépasser 60 à 70° au thermomètre de l'appareil.

Par surcroît de prudence on peut pour les premières applications, protéger la peau ou la plaie par un linge fin ou deux épaisseurs de gaze.

Après quelques jours, le blessé étant ac-

coutumé au traitement, on peut mettre six lampes, rapprocher les valves, supprimer la gaze ou le linge ; mais il n'y a jamais intérêt à trop pousser l'intensité du traitement. Ne pas dépasser 80 à 90°. L'optimum est autour de 70°.

Ne pas fermer hermétiquement l'appareil, l'intensité du rayonnement est assez grande pour parer aux déperditions de chaleur et il est bon que l'air chaud enveloppant la région puisse se renouveler. Ouvrir pour cela au besoin de temps à autre les fenêtres de l'appareil.

La durée des séances doit être en moyenne de 30 à 40 minutes ; dans bien des cas on doit les renouveler matin et soir et dans quelques-uns toutes les trois ou quatre heures.

Dans les séances longues, 50 à 60 minutes, on peut interrompre le courant une ou deux fois pendant 3 ou 4 minutes et ouvrir les fenêtres de l'appareil.

Le traitement peut être poursuivi très longtemps, mais après trois semaines de séances régulières il est bon de l'interrompre 8 à 10 jours.

Son application peut être utilement combinée avec d'autres agents physiothérapiques : galvanisation, massage, hydrothérapie, mécanothérapie.

Pour les blessés traités par la mécanothérapie (ankylose) les séances de chauffage lumineux doivent précéder immédiatement les séances de mobilisation articulaire — en général matin et soir 30 minutes de chauffage puis 15 à 20 minutes de mouvements passifs et actifs — l'irradiation préalable rend ceux-ci moins douloureux, plus étendus, et diminue la contracture.

Les plaies, les fractures peuvent être exposées aux radiations, soit directement, soit sous une ou deux épaisseurs de gaze, une heure matin et soir, valves largement ouvertes à 10 ou 12 centimètres de la peau.

Dans les premières minutes, il se produit habituellement une exsudation séreuse plus ou moins forte, puis la plaie se sèche et prend un aspect vernissé.

Pour les épanchements articulaires, faire aussi des séances longues, 45 à 50 minutes, répétées matin et soir, avec un fort pansement ouaté dans l'intervalle. La sueur doit couler abondamment. Parfois, la sudation qui est un phénomène utile en l'espèce, tarde pendant quelques jours à se produire, mais cette résistance des glandes sudorales se prolonge rarement.

Pour les œdèmes permanents des membres, irradier les deux faces du membre blessé entre deux appareils ouverts en longueur à 10 cm. de la peau. Séances d'une heure matin et soir suivies de massages et de mouvements actifs.

Pour les névrites, étendre l'appareil tout ouvert le long du trajet nerveux à 10 centimètres de la peau, une serviette recouvrant le membre et l'appareil. Séances courtes de 20 à 30 minutes une fois par jour, alternées avec des séances de galvanisation. La chaleur lumineuse amène souvent une sédation marquée des douleurs. Parfois, au contraire, elle les exagère momentanément; dans ces cas d'ailleurs rares, il faut interrompre les applications et essayer de les reprendre après 8 ou 10 jours.

Pour les lésions viscérales, appliquer l'appareil avec 4 lampes au contact de la région malade en interposant un linge fin, ou de préférence suspendre l'appareil avec six lampes et ouvert de la largeur voulue, sous un cerceau à fracture à 10 ou 12 centimètres de la peau.

Une séance de trente minutes toutes les trois heures, sur l'abdomen contre le shok traumatique ou opératoire et les phénomènes de parésie intestinale.

Une séance de trente minutes matin et soir contre les épanchements pleuraux et les reliquats inflammatoires des plaies pénétrantes.

ACTION HYPERTENSIVE

DES

Préparations de Colchique

Dans le traitement de l'accès de goutte, l'administration des préparations de colchique est en quelque sorte classique.

Ce médicament, cependant, ne laisse pas de présenter souvent de réels inconvénients, inconvénients que vient de mettre excellemment en lumière M. le Dr O. Crouzon, médecin des hôpitaux de Paris, dans la très instructive note suivante présentée par lui récemment à la Société Médicale des hôpitaux :

J'ai été amené, au cours du traitement de la goutte par les préparations de colchique, à observer quelquefois un état d'hypertension artérielle qui m'a semblé digne de remarque, et dont la notion ne m'a pas paru classique. J'ai été mis sur la voie de cette notion de l'hypertension artérielle, non seulement en recherchant l'état de cette tension chez les individus qui me paraissaient plus ou moins artério-scléreux, mais encore par les poussées congestives que présentaient quelques-uns d'entre eux après l'absorption de doses élevées de cette préparation.

J'ai constaté souvent qu'une tension artérielle qui était normale, c'est-à-dire de 14 à 17 au sphygmomanomètre de Potain, s'élevait, au bout de un ou deux jours d'administration de la teinture de colchique, jusqu'à 19, 20 et au delà. La préparation que j'ai surtout employée est la teinture de semence de colchique à doses progressives, en partant de quinze gouttes et en élevant de deux gouttes par jour environ. L'action hypertensive se manifeste souvent avant qu'on arrive à vingt gouttes par jour. J'ai également quelquefois constaté cette hypertension avec la colchicine.

J'ai fait une vérification, pour ainsi dire expérimentale, de cette action hypertensive en donnant les préparations de colchique à des sujets hypotendus à des psychasthéniques, et j'ai vu chez eux l'élévation de la tension artérielle se faire très rapidement, dès le lendemain ou le surlendemain de l'administration des médicaments, pour cesser, du reste, dès le lendemain ou le surlendemain de la cessation du traitement.

Cette notion sur l'action hypertensive des préparations de colchique me paraît intéressante non seulement au point de vue de l'action physiologique de ces préparations, mais aussi elle me paraît être une notion utile au point de vue du traitement de la goutte. Il me paraît probable qu'un certain nombre des accidents attribués à la colchique sont dus à cette action hypertensive : c'est sans doute l'hypertension artérielle provoquée par la colchique qui donne naissance aux accidents dits de *goutte remontée*. Aussi, la conclusion pratique des observations que j'ai faites me paraît être que l'administration de toutes les préparations de colchique chez des sujets goutteux et artério-scléreux ne doit être faite qu'en surveillant la tension artérielle au jour le jour (1).

Rien de plus judicieux que ces remarques de M. le Dr Crouzon. Le colchique qui, sans aucun doute, constitue un médicament actif pour le traitement de l'élément douleur de l'accès de goutte, présente cette fâcheuse contre-partie d'exercer une action hypertensive. Il s'ensuit que ce remède trouve fréquemment de sérieuses contre-indications. C'est le cas, en particulier, chez ces arthritiques si nombreux dont le myocarde a subi des atteintes de sclérose.

A ces malades, pour qui le colchique est un véritable danger, il convient de prescrire l'Urodonal, le remède par excellence de la goutte et qui constitue dans l'espèce en cause le meilleur des médicaments hypotenseurs, puisqu'il fait justement baisser la tension sanguine, comme l'a fort bien constaté le professeur G. Légerot, « en éliminant l'acide urique qui est un poison hypertenseur par excellence ». Mais, on n'ignore pas que c'est justement à l'acide urique qui encombre les tissus, que l'on doit rapporter l'accès de goutte.

La médication urodonalique se trouve donc bien ici constituer une médication spécifique s'adressant à la cause même du mal qu'il s'agit de combattre.

(1) Société médicale des Hôpitaux, séance du 26 mars 1915.

La Défense sanitaire des troupes combattantes

Les conditions nouvelles de la guerre de tranchées, l'usage d'armes imprévues du domaine de la chimie (gaz délétères, asphyxiants ou toxiques) et enfin la nécessité de protéger nos troupes contre les procédés déloyaux d'empoisonnement des eaux de puits, ont entraîné la nécessité d'une organisation adaptée à cette lutte nouvelle.

C'est pourquoi le Service de Santé vient de créer environ deux cents laboratoires de toxicologie qui auront à répondre à ces besoins nouveaux, en s'assurant de la qualité des eaux de boisson et des denrées alimentaires, en étudiant les voies et moyens à employer pour combattre efficacement les gaz asphyxiants et autres produits chimiques dangereux et prêtant leur concours éclairé pour toutes les questions de désinfection.

Les titulaires de ces laboratoires, recrutés après un examen sérieux de leurs capacités, sont pour la plupart des pharmaciens, experts des tribunaux, docteurs ou licenciés ès-sciences et pourvus de diverses fonctions dans l'Enseignement de nos Facultés et Ecoles.

L'Administration du Service de Santé a eu, de plus, l'heureuse idée de les convoquer au Val-de-Grâce par séries pour y recevoir des instructions précises concernant les méthodes analytiques à employer et en même temps des suggestions utiles sur ce qu'il convient de prévoir dans le cas où nos ennemis sans scrupules s'aviseraient d'étendre leurs procédés de destruction par l'usage de nouveaux gaz délétères.

Sous la direction de M. le pharmacien-inspecteur Wagner, M. le professeur Gaillard, du Val-de-Grâce ; M. le pharmacien-major Sarthou, M. Kohn Abrest, du Laboratoire de toxicologie de la Préfecture de police ; M. le pharmacien aide-major Prothière, attaché au cabinet de M. J. Godart, sous-secrétaire d'Etat, ont, tour à tour, exposé à leur savant auditoire les différents problèmes analytiques et toxicologiques qui pouvaient se présenter.

Plusieurs des chimistes présents ont, de plus, apporté leur concours en signalant les particularités qui s'imposaient à leur esprit après onze mois de contact avec les difficultés à résoudre en campagne.

Deux caisses composées du matériel et des réactifs chimiques indispensables sont à la disposition de chaque formation, ce qui leur permettra de répondre aux questions les plus urgentes dans un délai de quelques heures.

Cependant elles ne renferment pas de microscope, cet instrument si indispensable aujourd'hui à la plupart des recherches de ce genre, cette lacune devra être comblée.

Ainsi donc, les eaux de boisson pour la troupe, arrivant au cantonnement seront de suite analysées, rejetées ou purifiées, les denrées alimentaires soigneusement contrôlées, les gaz ou produits délétères spécifiés et par la combattus avec chances de succès, la désinfection des tranchées, des locaux, des vêtements, etc. assurée ou surveillée par un technicien autorisé.

Voilà une organisation qui fait honneur au Service de Santé et qu'il importe de souligner. On nous permettra d'ajouter qu'il est de toute nécessité que les conditions matérielles de déplacement rapide soient assurées ; le commandement y pourvoira en affectant à chaque chef de laboratoire une voiture qui devrait être spécialement aménagée, car il est indispensable que le chimiste, son aide et son matériel puissent suivre sans retard les mouvements de la division à laquelle ils sont attachés.

De la mobilité de ces nouvelles formations dépendra leur rendement effectif et le souci de la santé des combattants veut qu'on se préoccupe de parachever cette œuvre intéressante au premier chef que M. le Sous-Secrétaire d'Etat a encouragée en assistant lui-même à l'une des conférences où furent traitées les plus délicates questions de toxicologie des eaux de boisson.

L'iode dans l'armée

Pris au dépourvu par une agression brutale, nous avons dû nous organiser en pleine lutte, et notre génie national, s'il a été à la hauteur de sa tâche, a été néanmoins durement mis à l'épreuve. Dans notre précipitation nous avons, après l'emploi de divers antiseptiques, songé à l'iode. Nous avons doté nos combattants d'ampoules dont le contenu devait se répandre sans discernement, sans qu'on fût maître d'en localiser l'application, d'en doser la quantité nécessaire, ni qu'on sache le ménager. L'iode est bactéricide et d'un emploi facile, mais ce qu'il faut dire aux troupes c'est de l'appliquer en couche légère et de ne pas la renouveler souvent. On leur a mis en mains un produit sans l'accompagner de son mode d'emploi raisonnable quand sa dose forte est nocive. Il désagrège les tissus superficiels lorsqu'on en fait un usage profus comme il désagrégerait les tissus profonds par ingestion. L'iode est un métalloïde caustique dont on use et abuse par l'estomac. Nous sommes en admiration devant la propriété que nous lui reconnaissons d'attaquer nos scléroses, de les brûler comme l'acide sulfurique brûle le bois, nous voulons n'appeler cela qu'une dissolution mais c'est une causticité qui détruit la lignification, et pourquoi voulez-vous que les corps moins consistants et moins résistants ne subissent pas cette action, les cellules molles, tendres, le protoplasma liquide, ses membranes fragiles, ses corpuscules, ses noyaux. Il est d'une évidente logique que ce qui brûle les corps les plus durs brûle les moins durs. Eh bien ! l'iode devenu, sous le beau nom de dépuratif, la panacée qui, comme l'ont eu bien d'autres avant lui, aura son temps, doit être donné peu et pen de temps et souvent ne doit pas être donné. Il attaque les métaux et vous enlève le calcium des os, le fer du sang, l'hydrogène, gaz métallique de l'eau consolidant nos chairs, comme à l'extérieur son action, s'il est trop abondant sur les plaies, se manifeste par le bourgeonnement qui est la forme significative de la destruction des tissus. Il faut, au contraire, respecter les cellules, les mettre en rapport les unes avec les autres, de façon intime, dans leur intégralité et en leur conservant toute leur qualité. Nous ne faisons pas les choses, nous ne créons pas, nous affrontons, nous maintenons, nous nettoyons, mais ne brûlons jamais. Pour tuer les infiniment petits nous nous lésons malheureusement. Il n'y a pas d'antiseptique idéal parce qu'il n'y a pas d'antiseptique actif qui ne soit caustique. Le sublimé mord et pique et lorsqu'il ne mord plus, lorsqu'une solution ou un comprimé de ce corps ont quelques semaines d'existence, l'action antiseptique a disparu, parce que le corps n'existe plus, il est décomposé, le mercure ayant pour l'eau comme pour l'air une affinité insurmontable, c'est-à-dire pour l'oxygène comme pour l'hydrogène. Les protozoaires qui nous attaquent sont des cellules comme nous et ils ne souffrent pas sans nous, nous subissons les effets que nous voulons contre eux. Tous les antiseptiques nous servent et nous nuisent. Estimons avant tout l'asepsie neutre qui nous respecte, la simple eau bouillie. Il y a des maux nécessaires, inévitables sans doute, en attendant mieux, et l'iode dans l'alcool, applicable à l'armée, est peut-être un de ceux-là. Eh bien ! du moins, qu'on recommande aux hommes de ne l'employer qu'avec prudence, c'est-à-dire en couche faible afin de ne pas détruire. Beaucoup se sont fait grand mal avec ce produit et ont ouvert leurs plaies en les érosant par lui. Un simple tamponnement de la plaie sera préférable lorsqu'il sera possible, à son abondant arrosage, et, si on l'inonde sans réserve, qu'on n'abuse pas de cette corrosion par l'iode. Voilà ce que les hommes de troupes ne savent pas, l'ignorance étant toujours prête à admirer et à employer à l'excès ce qui passe pour le bien. Le bien absolu, où est-il ?

Il est une autre considération dont les médecins n'ont pas tenu compte dans cette guerre, c'est que l'iode a de nombreuses incompatibilités. Un grand nombre de sujets, et le fait est avéré par les statistiques, ont eu besoin et ont besoin d'un traitement mercuriel ; s'ils se sont soignés, l'iode engendre sur leur plaie une combinaison toxique, détruit l'action du traitement et nuit par là à la réfection de leurs tissus ; s'ils ne se sont pas soignés, il faut qu'ils se soignent et l'iode doit céder la place au spécifique ; leurs cellules organiques ont d'ailleurs une susceptibilité et une faiblesse particulières sur lesquelles sera très grande l'action destructrice de l'iode. Les huiles soufrées que l'armée utilise pendant cette guerre sont susceptibles du même reproche ; elles constitueront dans les plaies de ces malades lorsqu'ils auront été bien traités, ce qui n'est pas, hélas ! fréquemment le cas et ce qui devrait toujours l'être, une combinaison de sulfure noir qui s'incruste et donne sur les téguments des taches indélébiles. Chez ceux-là le sublimé frais au 4 millième (0,25 centigr. de sublimé dans un litre d'eau) sera le bactéricide recommandable.

Nous n'avons donc pas d'antiseptiques qui soient sans action nocive sur l'organisme et agissent exclusivement sur les germes pathogènes ; dans ces conditions, nous sommes encore obligés de recourir à l'iode, mais nous devons enseigner par une note claire, accompagnant non des ampoules d'iode mais des flacons compte-gouttes à ceux à qui nous les confions, que l'iode en abondance traumatisera davantage des régions qui ne doivent plus subir aucun traumatisme pour se reconstituer et dans lesquelles surtout il ne faut produire ni bourgeons, ni intoxication. La quantité d'iode mise en contact avec les plaies doit être modérée et sera ainsi suffisante en raison de sa propriété diffusible et de son activité, une hostilité s'étant d'ailleurs dessinée contre la teneur au douzième de la solution alcoolique d'iode, trop couramment employée ; à forte dose, l'iode détruira et tuera ce qui doit se refaire et revivre après une mort locale apparente que consommeraient des mains inexpérimentées.

Dr MILLET.

REVUE CLINIQUE

Un cas de cortico-pleurite juxta-scissurale

Par M. le Docteur E. VANDUPUT

Le malade a 21 ans ; son hérédité est satisfaisante et l'accident morbide actuel est le premier qu'il ait eu à subir.

Ça été, d'abord, l'an dernier, vers la fin de juin, dix jours après une chute de bicyclette, une douleur dorsale, siégeant vers la pointe inférieure de l'omoplate droite et s'irradiant, parfois, jusqu'à l'aisselle ; puis, avec une toux et une fièvre légères, une expectoration muqueuse, jaune abricot et un peu aérée.

A ce moment, dominée par une région tympanique, une matité s'étend, en arrière, de la quatrième côte droite jusqu'à la base ; mais la zone de matité complète est suspendue et se limite à la partie moyenne du poumon droit (limites extrêmes : en haut, portion vertébrale de la scissure oblique et scissure horizontale ; en bas, ligne allant du cinquième espace, sur la colonne vertébrale, au neuvième espace sur la ligne axillaire).

Les vibrations vocales y sont abolies alors qu'elles se perçoivent nettement dans la zone tympanique ; il y a de l'égophonie ; enfin, sauf tout à fait à la base, le murmure vésiculaire n'y est pas perceptible.

De plus, on y perçoit, lointain et expiratoire, un souffle, non pas étalé sur toute la région, mais localisé à son bord supérieur, au niveau de la scissure horizontale et vers l'aisselle ; on y perçoit aussi, aux deux temps de la respiration, des crépitations superficielles.

Une ponction pleurale ramène, à ce moment, 50 cc. d'un liquide citrin, légèrement louche, à formule polynucléaire et sans éléments bactériens. Mais une deuxième et une troisième ponctions, faites quelques jours après, ont un un succès négatif.

Les crachats, même après homogénéisation, ne montrent pas de bacilles de Koch et leur inoculation au cobaye reste, à ce point de vue, négative ; ils montrent, au milieu d'un exsudat séro-albumineux, des cellules alvéolaires, des leucocytes surtout polynucléaires, du pneumocoque et du bacille de Pfeiffer.

Enfin, sur l'écran radioscopique, deux zones moyennement opaques obscurcissent le champ pulmonaire droit ; l'une, à contours nets, entame la région scissurale axillaire, vers le quatrième espace ; l'autre, mal limitée, couvre la partie inféro-externe du poumon, vers l'extrémité antérieure de la scissure oblique.

Quant à la fièvre, rémittente et modérée, elle oscille autour de 38°.

Pour nous, il s'agit d'un syndrome cortico-pleural superficiel, avec localisation juxta-scissurale double et condensation très localisée de la corticalité pulmonaire.

La résolution de l'affection se fait lentement et ce n'est qu'à la fin d'août que le malade cesse de tousser, de cracher et d'être fébricitant.

Mais en octobre, nouvelle alerte et, dans les grands traits, même symptomatologie.

La matité absolue est, cette fois encore, suspendue ; les vibrations sont variables suivant les régions, presque abolies dans la zone moyenne, conservées ailleurs ; mais toujours le même silence respiratoire avec un souffle extrêmement fugace et, à la limite supérieure de la matité, de la pectoriloquie aphone.

Les ponctions pleurales restent blanches et l'expectoration, purulente et fétide, riche en polynucléaires, livre, outre le pneumocoque et le Pfeiffer, de nombreux spirilles indéterminés. Enfin, piquant — sous contrôle radiologique — l'un des noyaux d'infiltration, l'on ramène, avec difficulté, une à deux gouttes de suc, lesquelles, cultivées sur gélose au sang, ne livrent que quelques grosses colonies de staphylocoque hémolytique.

Même réaction fébrile et même lysis prolongé.

Le malade quitte l'hôpital en décembre, mais, après quelques semaines, une nouvelle récidive l'atteint qui le ramène, une fois encore, auprès de nous. L'image clinique est toujours pareille et l'auscultation du poumon droit révèle, disséminés dans le lobe moyen, des râles sous-crépitants.

Les lésions radiologiques prédominent toujours au niveau de la région scissurale et l'on se décide à l'explorer.

Le chirurgien, ayant mis le poumon en surpression, incise le cinquième espace intercostal et découvre sous la quatrième côte, au point incriminé par l'écran, le noyau supérieur, adhérant fortement à la plèvre costale ; il le libère et l'excise.

L'examen histologique aussitôt réalisé, révèle les lésions suivantes :

« Les travées conjonctives apparaissent considérablement hypertrophiées.

« Sous la plèvre, un nodule sous-pleural existe, formé par deux ganglions lympbatiques fortement hypertrophiés et dont les lympbatiques centraux sont bourrés de cellules à poussière.

« Autour des alvéoles pulmonaires abondent de petits lymphocytes accumulés.

« Les alvéoles eux-mêmes sont modifiés :

« 1° Les uns sont convertis par un épithélium cubique qui desquame à l'intérieur de ces alvéoles ; les cellules ainsi desquamées se réunissent entre elles et forment un syncytium du type cellule géante, mais sans caractère tuberculeux ;

« 2° L'accumulation des lymphocytes autour de certains alvéoles est tellement grande que ceux-ci sont complètement atélectasiés. Leur épithélium se rassemble au centre de l'amas lymphoïde sous forme d'un amas de cellules claires assez grandes, entourées par une zone de lymphocytes disposés plus ou moins radiairement.

« Il n'y a pas de mitoses. »

Ainsi donc, c'est le tissu lymphatique qui édifie ces lésions réactionnelles et, si celles-ci prédominent aux scissures, c'est peut-être que le redoublement séreux de l'interlobe — qui redouble, en les confrontant, les lymphatiques de la plèvre — fait, du cul-de-sac scissural, un relais obligé par le bacille et le lieu de choix pour son attaque

REVUE DE PATHOLOGIE

Vaccins antiparatyphiques et vaccins mixtes

par M. le Docteur H. VINCENT
Professeur au Val-de-Grâce,
Membre de l'Académie de Médecine.

L'usage de vaccins mixtes, c'est-à-dire de vaccins mélangés (antityphoïdique, antiparatyphique A, antiparatyphique B) n'est point nouveau. Castellani, moi-même en 1910, les médecins italiens en 1913, etc., les avons utilisés. Le vaccin que j'ai employé au Maroc en 1911, était mixte. Il en a été fait des inoculations nombreuses à cette époque, et son emploi a été de nouveau appliqué à Oudjda, l'an dernier. L'immunité conférée s'est montrée aussi efficace contre les fièvres paratyphoïdes que contre la fièvre typhoïde. La même constatation a été faite dans l'armée italienne.

C'est en vertu du même principe qu'on vaccine simultanément, dans l'armée française, contre la fièvre typhoïde et contre la variole. J'ai vacciné récemment contre le choléra et contre la variole.

Le Laboratoire du Val-de-Grâce prépare constamment les trois vaccins : antityphoïdique, antiparatyphique A, antiparatyphique B, et envoie le vaccin mixte lorsqu'il lui en est demandé.

Mais il est évident que pour obtenir une immunité sérieuse contre les trois maladies, il faut injecter simultanément, de chaque vaccin, la dose suffisante. Dans le cas contraire, la protection sera faible ou nulle. L'injection de vaccin mixte ne va donc pas sans réactions locales et générales plus fréquentes. Cette augmentation des réactions n'est pas très notable chez les sujets robustes et sélectionnés. Néanmoins, en Angleterre, aux Etats-Unis, dans l'armée japonaise, on n'a pas cru devoir adopter cette méthode, et l'on vaccine successivement contre les trois maladies lorsqu'on le juge utile.

De mes observations et de celles qui ont été faites en Italie, il résulte donc que la vaccination mixte a été et peut être toujours appliquée. Il est préférable, surtout dans les circonstances de guerre, de la limiter à des cas spéciaux, dont les meilleurs juges sont les médecins appelés à la pratiquer. Actuellement, chez les hommes fatigués par leur initiation au métier militaire, soumis à des marches, à des exercices, à des manœuvres pénibles, ou bien chez nos soldats du front, il paraît plus sage de sérier les vaccinations antityphoïdiques et antiparatyphiques, et sauf certaines circonstances de les faire successivement. On peut d'ailleurs réduire le nombre des injections.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Sur les bons effets de la bactériothérapie dans le choléra au cours de la campagne de Serbie

Par M. le Docteur PETROVITCH

Lorsque nous sommes arrivés à Valyevo en août 1914, comme médecin militaire serbe, sévissait une épidémie diarrhéique d'une rare intensité dont nous-mêmes avons subi les atteintes dès le lendemain de notre arrivée. Elle frappait aussi bien les civils que les militaires, tout en affectant chez ces derniers une gravité en général beaucoup plus grande. Il s'agissait d'une épidémie de choléra bien caractérisée par ses symptômes cliniques, particulièrement dans les cas graves, et surtout pour l'épreuve de l'agglutination spécifique, qui a été pratiquée sur les selles diluées, suivant le procédé de Dunbar, dans un certain nombre de cas, soit bénins, soit graves.

Nous pouvons diviser les cas traités en trois groupes, suivant l'intensité relative des symptômes. Dans chaque groupe nous avons appliqué des modes divers de traitement. Nous aurons ici uniquement en vue le traitement bactériothérapique.

Cas légers. — Les malades de ce groupe, au nombre de 1.153, présentaient, outre une diarrhée profuse datant de un à quinze jours, un amaigrissement souvent considérable et une voix grêle.

Pour le traitement bactériothérapique nous avons employé le vaccin anticholérique de Wright concurremment avec celui de l'Institut Pasteur ; nous les avons dilués au préalable avec 10 et jusqu'à 50 fois leur volume de sérum physiologique ; la dose a été de 1/2 à 3 cc. de cette dilution.

Les déjections diminuaient de fréquence dès la première injection. Le pouls redevenait plus ample et plus fort. Habituellement les injections étaient répétées tous les jours et leur nombre variait entre 2 et 5, la diarrhée s'arrêtant du deuxième au sixième jour.

En même temps que la diarrhée diminue, on voit s'atténuer aussi la soif, ainsi que la dyspnée, si fréquemment observée. La face se colore ainsi que la peau, qui perd son aspect de sécheresse. Le moral du malade se relève vivement, alors qu'il était découragé et épuisé par une diarrhée, qui durait depuis dix, quinze jours et qui ne cédait à aucun des moyens habituels.

La convalescence se faisait généralement sans encombre et le malade se rétablissait vite. Cependant, un certain nombre, à la suite du surmenage et de privations de toutes sortes au cours d'une rude campagne, ne reprenaient pas vite ; et quelques-uns mêmes n'arrivaient pas à faire les frais de la maladie. C'est ainsi que nous avons vu s'éteindre deux malades du huitième au quinzième jour de leur convalescence.

Cas de moyenne intensité. — Ici le tableau clinique du choléra a été complet. Outre la diarrhée profuse, à grains riziformes, les malades avaient des vomissements fréquents, des crampes de l'estomac et des membres, les faces pâles, les urines rares et une gêne respiratoire prononcée. Cependant chez les malades de ce groupe au nombre de 90, les symptômes cholériques quoique bien caractérisés n'étaient pas d'une intensité alarmante.

Dans le cas dont il s'agit nous avons eu recours à une thérapeutique plus intensive ; nous mélangions 1 centimètre cube de vaccin curatif avec 10, 20 et parfois 100 cc. de sérum physiologique que nous injections dans une veine du bras, souvent deux fois et même trois fois en 24 heures. D'ordinaire, cependant, nous nous contentions d'une seule injection par jour et, parfois même, il a suffi de deux injections, à 48 heures d'intervalle, pour que le malade entrât en convalescence.

L'effet du vaccin curatif a été frappant. Le décor est vite changé. Le jour même de la première injection le malade, au lieu de se présenter à la selle tous les quarts d'heure, toutes les dix minutes, n'a plus qu'une déjection toutes les heures, toutes les deux heures. Sa face se colore, son pouls devient plus fort et moins fréquent, ses vomissements et ses crampes diminuent d'intensité. L'un des premiers signes d'amélioration a été un sentiment indicible de confiance chez ces malades, sentiment qui succédait à la dépression et au découragement.

La réaction a été nulle ou insignifiante : à peine une légère et fugace montée de la température. Ajoutons que nous n'avons pas négligé la diète hydrique, l'usage des boissons chaudes, la friction des membres, etc... ; rarement nous avons dû recourir à l'injection de fortes quantités de sérum physiologique.

Tous ces malades ont guéri et leur convalescence a été régulière et sans complication, alors que 95 malades du même groupe traités par les moyens non spécifiques, nous ont fourni 9 décès, avec une mortalité de 9,4 0/0.

Cas graves. — Les malades de ce genre étaient au nombre de 157 et présentaient ce caractère commun d'être en imminence de danger, les symptômes cholériques étant d'une grande intensité ; un certain nombre d'entre eux se trouvaient dans la période d'algidité.

Nous avons employé la même technique que dans les cas de moyenne intensité, en augmentant toutefois, en général, la quantité d'eau salée utilisée comme véhicule du vaccin ; celle-ci allait jusqu'à 50 cc. notamment chez les malades arrivés dans la phase algide.

Dans la plupart des cas nous avons noté, dès la première injection, une amélioration qui se traduit par la recoloration du faciès, par le pouls moins fréquent et plus fort, par une diminution du nombre des selles. Chez un certain nombre des malades, cependant, cette amélioration n'a été évidente qu'au bout de 24 et 48 heures, c'est-à-dire après 3 à 6 injections.

L'un des premiers signes de réaction, que nous avons maintes fois constaté chez ces malades des algides, cyanosés, et avant même que le pouls ne réapparût et que la cyanose se fût atténuée, c'est une diminution marquée de l'oppression, en même temps que la sécrétion urinaire se rétablit et la peau devient moite.

De ces malades si gravement touchés, nous avons perdu 7 sur 157, soit 4,4 0/0 alors que la mortalité du même groupe de malades, au nombre de 120, traités par des moyens usuels, a été de 58 0/0.

Action cytophylactique du chlorure de magnésium

Par M. le Docteur Pierre DELBET
Professeur de Clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris
et M. le Docteur KARAJANOPOULO

Par une série de recherches communiquées à l'Académie des Sciences, nous avons constaté que la solution de chlorure de magnésium anhydre à 12,1 0/00 accroît dans une proportion énorme la puissance phagocytaire des globules blancs.

Sous son influence, le nombre des phagocytoses augmente de 75 0/0 par rapport à la solution de chlorure de sodium à 8 0/00, qui en donne elle-même 63 0/0 de plus que la solution de Ringer Locke et 154 0/0 de plus que l'eau de mer isotonifiée. Nous avons établi ces faits par des expériences *in vitro*.

Par d'autres expériences, nous avons cherché si l'action cytophylactique de la solution indiquée de chlorure de magnésium se manifeste dans l'organisme.

Nous avons d'abord injecté 150 cc. de cette solution dans la veine saphène d'un chien de 16 kilos en faisant une première prise de sang avant l'injection et une seconde, trente-cinq minutes après. Puis nous avons donné à phagocyter aux globules blancs des microbes provenant d'une même culture.

500 polynucléaires de la première prise ont phagocyté 245 microbes, 500 polynucléaires de la seconde en ont phagocyté 681. L'augmentation sous l'influence du chlorure de magnésium a donc été de 180 0/0.

Dans cette expérience, l'action du chlorure de magnésium sur les globules blancs s'est produite dans le sang circulant, mais les phagocytoses se sont faites *in vitro*.

Je cherchai à réaliser une expérience où les deux phénomènes, action cytophylactique et phagocytoses, se produiraient dans l'organisme.

La technique de l'expérience est trop compliquée pour qu'il soit possible de la résumer ici. Elle nous a permis de recueillir simultanément des globules blancs du même animal, globules ayant déjà phagocyté et dont les uns avaient subi à l'exclusion des autres l'action du chlorure de magnésium. Les résultats de ces expériences sont saisissants.

1re *expérience*. — 500 polynucléaires normaux ont phagocyté 71 colibacilles.

500 polynucléaires soumis à l'action du chlorure de magnésium en ont phagocyté 308.

2e *expérience*. — 500 polynucléaires normaux ont phagocyté 387 microbes (pyocyanique et cocci).

500 polynucléaires soumis à l'action du chlorure du magnésium en ont phagocyté 872.

Dans la seconde expérience l'augmentation est de 129 0/0, dans la première elle est de 333 0/0.

Ainsi non seulement l'action cytophylactique de la solution de chlorure de magnésium s'exerce dans l'organisme, mais elle y est bien plus intense qu'*in vitro*. L'effet semble être d'autant plus marqué que les globules sont plus près de leurs conditions normales. Cette action puissante est donc utilisable en thérapeutique.

La solution n'est pas toxique. J'en ai injecté chez les animaux dans le tissu cellulaire, dans le péritoine et dans les veines. Ces dernières injections sont plus démonstratives. Or, j'en ai fait une de 150 centimètres cubes dans la veine saphène d'un chien de 16 kilos et une de 100 centimètres cubes dans la veine auriculaire d'un lapin de 2 kil. 500.

Chez l'homme, je n'ai pas encore eu l'occasion de faire des injections intra-veineuses. Je n'hésiterais pas, le cas échéant, à y recourir.

En pansements et en injections sous-cutanées, la solution de chlorure de magnésium m'a paru efficace.

J'estime qu'elle m'a permis de sauver la cuisse d'un soldat que j'étais décidé à amputer pour une arthrite du genou avec broiement de la rotule et du condyle externe du fémur.

REVUE DE PHTISIOLOGIE

Un cas d'abcès du poumon ou de l'interlobe évacué dans les bronches guéri par le pneumothorax artificiel.

Par M. le Docteur E. LEURET
Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux

et M. le Docteur AUBERT (d'Arcachon)
Ex-Interne des Hôpitaux de Bordeaux

En 1910, Forlanini (1) publie l'observation d'un abcès pulmonaire traité et guéri par le pneumothorax artificiel. Il y a lieu de s'étonner que ce résultat remarquable n'ait pas encouragé les médecins à user plus souvent de sa méthode dans ces suppurations interminables qui succèdent si souvent à l'évacuation d'un abcès pulmonaire, ou d'une pleurésie purulente interlobaire, ou d'un kyste hydatique suppuré dans les bronches. C'est en pareil cas, en effet, qu'elle paraît *a priori* devoir avoir le maximum d'efficacité et le minimum d'inconvénients. Cela parce que c'est bien alors un traitement local opposé à une affection locale et non, comme lorsqu'on l'emploie dans la tuberculose pulmonaire, un traitement local opposé à une maladie générale, ce qui alors ne peut faire de lui qu'un adjuvant momentané d'une thérapeutique plus causale. Pourtant on demeure étonné, lorsqu'on parcourt les publications relatives au pneumothorax artificiel, de voir que l'observation de Forlanini reste jusqu'à ces temps-ci isolée. Tout au plus retrouve-t-on dans les communications de Tuffier à la Société de chirurgie de Paris, sur l'opération qu'il a imaginée pour guérir les cavités gangréneuses du poumon, l'idée qui guida Forlanini dans ses tentatives : comprimer la cavité pour obtenir l'accolement de ses parois. Mais au lieu de le faire en créant une pression positive permanente dans la cavité pleurale, Tuffier tente de le réaliser en greffant, après résection costale, un lipome à la surface de la plèvre pariétale. Il justifie son opération par ce fait que, dit-il, le pneumothorax, incapable de créer une compression *constante*, est en conséquence insuffisant.

Le résultat que nous avons obtenu par la méthode de Forlanini dans notre observation ne permet pas une pareille condamnation. C'est pourquoi celle-ci méritait d'être publiée.

Observation. — Mlle L..., âgée de quinze ans et demi, est sans antécédents pathologiques personnels ou héréditaires. C'est en décembre 1914 que commence l'histoire de sa maladie. Elle eut alors une angine d'apparence pultacée, mais que le microscope démontra de nature diphtérique. En peu de temps les accidents pharyngés guérirent ; mais, vers le dixième jour, ils se renouvelèrent et se compliquèrent d'une poussée de broncho-pneumonie qui ne disparut qu'après une convalescence pénible de deux mois. Pendant son évolution, la malade eut pour la première fois une hémoptysie, symptôme qui, comme nous le verrons, occupe une place extrêmement importante dans le tableau des accidents ultérieurs. A quelques jours de là éclatèrent des accidents sévères de paralysie diphtérique ; mais ils s'atténuèrent progressivement, puis disparurent après un traitement par les injections massives de sérum de Roux.

Depuis la fin de décembre, la température avait complètement cédé et pourtant, contrairement à toute attente, l'expectoration au lieu d'aller en diminuant devenait plus abondante. Même en mai 1912 les accidents devinrent plus aigus et on aurait constaté alors un nouveau foyer de broncho-pneumonie au même niveau du poumon droit où s'étaient manifestés les premiers accidents.

Après quelques jours de fièvre, la malade redevient apyrétique. Malgré cela l'expectoration persiste aussi abondante et, de plus, elle prend d'une façon constante le type hémoptoïque, plus ou moins colorée cependant, tantôt saumonée, tantôt lie de vin, tantôt franchement rutilante. D'ailleurs, dès cette époque (août 1912), des hémoptysies importantes apparaissent. Elles sont cependant assez espacées et ne mettent pas la vie de la malade en danger.

Nous ignorons quels furent les symptômes physiques qu'elle présenta jusqu'alors, et ce n'est qu'à partir de janvier 1913 que nous savons quelque chose à leur sujet. A cette époque, nous dit son médecin, elle présentait des signes cavitaires à la partie moyenne du poumon droit, en arrière et au voisinage de la ligne axillaire postérieure, en un point siégeant sur le trajet de la ligne de projection de la scissure interlobaire. Ces signes d'ailleurs s'atténuèrent rapidement, puis s'effacèrent complètement.

En juin de la même année, malgré cette amélioration des signes d'auscultation, l'expectoration n'avait pas changé. On constatait alors en arrière et à droite un peu au-dessous de la pointe de l'omoplate, et plus bas, en descendant dans la ligne axillaire, un foyer suspendu de submatité et d'obscurité respiratoire avec, sur l'étendue d'une pièce de 5 francs, des râles humides assez fins, mobiles, fugaces, variant chaque jour suivant que l'expectoration avait été plus ou moins abondante.

C'est alors que Mlle L... fut envoyée à Cauterets où elle fut soignée par le docteur A. Bouyer. Pendant son séjour toute tentative de traitement thermal fut rendue impossible par le suintement sanguin continu qui se faisait au niveau des lésions et aussi par des hémoptysies de 50 à 100 grammes et se reproduisant fréquemment.

A l'arrivée de la malade à Arcachon, vers la fin de septembre 1913, les choses restaient stationnaires, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue des symptômes physiques. On notait uniquement : à droite, le foyer déjà signalé, caractérisé par de l'obscurité à la percussion et à l'auscultation, et, du côté opposé au niveau du hile, une respiration légèrement soufflante, attribuable à de l'adénopathie trachéo-bronchique gauche.

La radioscopie pratiquée à cette époque donna peu de renseignements. Elle montrait, à la partie moyenne du poumon droit, des taches sombres nombreuses, mais peu étendues, de condensation du parenchyme pulmonaire. Dans la région de la scissure interlobaire, une ombre légère en baudrier ; quelques traînées de péribronchite chronique se dirigeant vers le hile ; des ganglions trachéo-bronchiques de volume moyen. A gauche, on percevait aussi des ombres de péribronchite s'irradiant du hile vers le sommet et quelques ganglions. Fait qui acquit toute son importance lorsque nous décidâmes de faire le pneumothorax, la base du poumon droit sur l'étendue de quatre travers de doigt de hauteur était saine. Le jeu du diaphragme se faisait normalement. Il n'y avait pas d'adhérences pleurales à ce niveau.

Outre l'examen radioscopique on pratiqua pour la quatrième fois la recherche des bacilles de Koch qui resta négative. Quant au Wassermann, il fut lui aussi franchement négatif, ainsi que l'absence de tout stigmate autorisait, au nom de la clinique, à le prévoir.

Pour être complets, il nous reste à signaler que l'expectoration ne présentait nulle trace de crochets d'hydatides. Nous nous trouvions donc en présence soit d'un abcès pulmonaire consécutif à une broncho-pneumonie post-diphtérique, soit d'une pleurésie interlobaire ayant migré vers les bronches, ce que la direction de l'ombre radiographique et la place des signes d'auscultation permettaient d'estimer plus probable. Peut-être eût-on pu être plus affirmatif, si les signes physiques du début de l'affection avaient été consignés.

Déjà, on peut le dire, tous les médicaments usités en pareil cas avaient été employés sans entraîner la moindre modification dans l'état de la malade. L'avenir paraissait donc extrêmement sombre, lorsque survinrent des hémoptysies qui, par leur abondance et leur répétition, mirent la vie immédiatement en danger. C'est vers la fin de décembre qu'elles débutèrent. Pendant quatre jours consécutifs elles se renouvelèrent si abondantes, que la quantité de sang rendue atteignit deux litres. Tous les médicaments hémostatiques ayant été tour à tour essayés, l'hémorragie s'arrêta enfin. Il n'en demeurait pas moins certain que la malade, dont l'expectoration quotidienne était d'une centaine de grammes d'un liquide puriforme que je compa-

(1) Forlanini. Un caso di ascesso pulmonare datante da sei anni e felicemente curato col pneumothorax artificiale. *Gaz. med. ital.*, Torino, 1910, t. XI, 91, 101.

rerais à de la rate broyée, était exposée à une mort à peu près fatale si l'on ne pouvait prévenir le retour des accidents.

C'est alors que l'un de nous pensa à tenter la création du pneumothorax artificiel. Il lui paraissait qu'il serait possible, au niveau du 8e espace intercostal droit, de l'amorcer, sans rencontrer d'adhérences. Le docteur Arnozan, qui vit alors la malade avec nous, ayant été de cet avis, la malade fut opérée le 14 janvier 1914. La première injection d'air fut faite sans la moindre difficulté. Elle fut renouvelée tous les six jours environ et rapidement nous pûmes obtenir des pressions élevées oscillant entre + 6 et + 11, la quantité d'air injecté variant entre 250 et 500 centimètres cubes. La radioscopie pratiquée après la troisième injection montrait le poumon rétracté vers la colonne vertébrale et adhérant en arrière à la paroi thoracique, le long de la scissure interlobaire. Au sommet et à la base en arrière, en avant dans toute l'étendue de la cage thoracique, le pneumothorax était réalisé. Cet examen cadrait bien avec les signes d'auscultation qui étaient ceux du pneumothorax dans toute l'étendue de l'hémithorax, sauf au niveau de la pointe de l'omoplate et un peu au-dessous, où la sonorité n'avait pas changé et où l'on cessait de percevoir le souffle amphorique et le tintement métallique si nets au sommet et à la base.

Le premier résultat obtenu fut la disparition complète du sang dans l'expectoration. Dès les premières insufflations, celle-ci devenait franchement purulente et verdâtre et, à peine à deux reprises au moment des règles, elle se teinta légèrement en rose. En outre, dès que la pression pleurale fut un peu élevée, on assista à la diminution de l'expectoration.

Il convient de signaler que deux recrudescences qui se produisirent du 25 février au 12 mars et du 3 au 12 avril sont dues à deux poussées successives de bronchite grippale, qui frappèrent le poumon gauche.

On remarquera enfin les chiffres élevés de la tension pleurale qu'il a fallu atteindre pour obtenir l'assèchement de la cavité. Mais il convient de dire que ces pressions ont été admirablement supportées, la malade étant à peine un peu dyspnéique les jours de l'injection d'air.

Actuellement, l'expectoration est nulle (à peine 1 à 2 grammes de crachats muqueux à peine striés de pus) et la malade peut être considérée comme définitivement guérie.

***

Cette observation montre quel parti le médecin peut tirer de la méthode de Forlanini dans les cas où l'efficacité de la thérapeutique médicale est universellement reconnue comme relative. Mais ce ne serait pas assez faire son éloge que de s'en tenir à la comparer au traitement médical en faisant ressortir sa supériorité sur celui-ci. Il faut aussi comparer ses résultats à ceux de la méthode chirurgicale, non pas de celle qui s'attaque directement à la poche et que Tuffier condamnait dans sa communication à la Société de chirurgie de Paris, mais à celle qu'il a proposée comme réalisant un progrès de la chirurgie pulmonaire dans les abcès ou la gangrène du poumon, la compression de la poche par un lipome greffé à la surface de la plèvre pariétale après résection costale. Cette méthode, qui découle du même principe que celle de Forlanini, est justifiée, aux dires de son auteur, par ce fait que le pneumothorax artificiel est impuissant à amener la guérison parce que la pression créée est inconstante. Notre observation, en montrant la possibilité d'obtenir des pressions positives constantes et la guérison de notre malade font tomber un tel argument.

Et puisque c'est le seul sur lequel Tuffier se base pour proposer autre chose que le pneumothorax dans des cas semblables au nôtre, il ne nous reste qu'à mettre en parallèle d'une part la simplicité, la bénignité et l'efficacité de ce dernier ; d'autre part, la difficulté d'exécution, les dangers de l'anesthésie générale pour les pulmonaires, la possibilité d'élimination de la greffe qui sont certains dans l'opération de Tuffier.

Dès lors la supériorité du Forlanini nous paraît bien démontrée. En présence d'un cas comme celui qui nous occupe, c'est à lui qu'il faut d'abord avoir recours. Mais il est certain qu'il ne faut pas prétendre pouvoir toujours réussir aussi complètement que nous l'avons fait. Le pneumothorax peut être rendu impossible par suite d'adhérences pleurales. Il se peut aussi qu'il ne puisse être fait d'une façon complète, car nous savons que des tiraillements sur des adhérences peuvent provoquer des hémoptysies que l'on cherche à combattre (le fait a été maintes fois constaté en matière de tuberculose pulmonaire). C'est donc dans ce cas-là, mais seulement alors, que l'opération de Tuffier sera indiquée (1).

REVUE DE RADIOLOGIE

La mobilité rénale et ses conséquences pour le diagnostic radiographique des calculs du rein

Par MM. les Drs RAFIN et ARCELIN

Nous avons déjà eu l'occasion d'insister à plusieurs reprises sur la nécessité de radiographier le rein dans des conditions telles qu'il ne puisse se déplacer pendant l'impression de la plaque. Si cette condition n'est pas remplie, certains calculs du rein peuvent ne donner aucune ombre visible.

Le rein est mobile sous l'influence des mouvements du diaphragme et des battements artériels. Pour soustraire les calculs à cette double cause de déplacement pendant le temps de pose, il suffit d'utiliser les appareils puissants que l'industrie moderne sait construire et de leur adjoindre l'emploi d'écrans renforçateurs. En abaissant le temps de pose à quelques secondes, il est possible de radiographier la grande majorité des sujets en période d'apnée. L'action du diaphragme n'entre plus en jeu ; généralement l'ombre du calcul est parfaitement nette. Chez certains sujets, les battements artériels se transmettent au rein et l'animent de petites secousses très rapides. Pour se mettre à l'abri de cette cause de flou dans l'image, il est nécessaire alors de radiographier le sujet en un temps ne dépassant pas le 1/10e de seconde.

Certains auteurs, M. Chanoz en particulier, prétendent encore que la radiographie instantanée était *inutile*, *coûteuse* et *dangereuse*, qu'en pratique la radiographie *rapide* était inutile (2).

Sans entrer dans une discussion théorique, nous voulons simplement apporter une confirmation clinique aux idées que nous avons émises depuis longtemps.

Voici un malade, M. X.., professeur de violon, qui se présente à l'un de nous le 12 février 1914 avec tous les signes cliniques d'un calcul du rein. Le malade apporte avec lui une radiographie de *date récente* ne montrant pas d'ombre pouvant être rapportée à un calcul du rein. Cette radiographie avait été pratiquée lors du passage et du séjour du malade dans une clinique.

Malgré cette radiographie négative, l'examen méthodique du malade et son histoire orientaient le plus vers le diagnostic d'un calcul du rein droit. Le malade accepte un nouvel examen radiographique qui est pratiqué le 12 mars.

La totalité des voies urinaires est radiographiée sur une série de trois plaques, l'une pour le rein et l'uretère lombaire droit, l'autre pour le rein et l'uretère lombaire gauche, la dernière pour les uretères pelviens et la vessie.

(1) Soc. de med. et de chir. de Bordeaux.

(2) Chanoz. *Journal des médecins praticiens de Londres*, 15 mars 1911, p. 109, 12-15 avril 1913, p. 123-128.

Au niveau du rein droit, le malade en *expiration*, la radiographie indique la présence d'une ombre en superposition partielle avec la 12e côte. Cette épreuve faisait songer à un calcul rénal, mais par suite de la superposition d'ombre, il était indispensable de faire une vérification. Celle-ci est pratiquée en *inspiration* forcée. Cette nouvelle épreuve montre que l'ombre du calcul s'est abaissée de 50 millimètres environ. Elle se trouve au niveau de l'apophyse transverse de la 3e vertèbre lombaire. Il n'existe aucune superposition d'ombre à ce niveau. L'ombre partie du calcul est d'une netteté parfaite. Les caractères de cette ombre permettent de diagnostiquer un calcul cristallin de 1 gr. 50 environ.

Cet examen radiographique permettait donc de rectifier un diagnostic antérieur, d'affirmer la présence d'un calcul unique au niveau du bassinet, d'indiquer que le rein était mobile sous l'influence des mouvements respiratoires.

Le malade est opéré le 4 avril 1914 par pyélotomie postérieure. Les suites sont des plus simples. Le calcul, composé d'oxalate et de carbonate de chaux, pèse 1 gr. 62.

Ce calcul a été invisible dans une première radiographie très vraisemblablement par suite de l'utilisation d'une technique défectueuse. Connaissant l'accroissement très lent des calculs urinaires, on ne peut admettre qu'il se soit modifié sensiblement dans l'intervalle de temps qui a séparé l'examen négatif de l'examen positif.

Enfin le déplacement considérable qu'a subi ce calcul sous l'influence de l'inspiration montre que la compression de l'abdomen n'immobilise pas le rein. On ne peut donc pas compter sur ce moyen de fixation pour avoir un organe immobile pendant un temps dépassant la période d'apnée. Si l'on veut un diagnostic radiographique pleinement valable, il est indispensable de recourir aux méthodes rapides et instantanées (1).

(1) Soc. de medec. de Lyon-

CARNET DU PRATICIEN

Contre l'urticaire

1° Prescrire les pilules suivantes :

Brombydrate de quinine........	0 gr. 05
Ergotine....................	0 gr. 05
Extait de belladone...........	0 gr. 02
Excipient et glycérine.........	Q. S.

Pour 1 pilule, de 6 à 8 par jour à prendre deux par deux toutes les deux heures. (Brocq)

2° Prendre un quart d'heure avant chaque repas deux comprimes de sinubérase délayés dans une petite quantité d'eau bouillie sucrée.

Traitement de la bartholinite

Dans les cas aigus, repos au lit et incision de la glande suivie d'irrigations chaudes et de pausements à l'eau gyraldosée (1 cuillerée à soupe par litre d'eau).

Si l'inflammation de la glande est consécutive à une affection gonococcique, prescrire la cure de pagéol, de 8 à 12 capsules par jour.

Quand les symptômes aigus sont amendés, ou dans les formes chroniques extirpation de la glande.

Préventivement, l'usage de l'eau gyraldosée pour la toilette intime garantit sûrement contre le développement de l'affection.

Contre la métrorragie

1° Injection intra-utérine très chaude (48 à 50°) donnée sous très faible pression et continuée jusqu'à ce que l'eau ressorte claire de l'utérus.

2° Prescrire en outre à l'intérieur de 12 à 16 comprimés de fandorine à prendre par deux, chaque deux heures et jusqu'à guérison parfaite.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 50.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J.-Rousseau

L'Administrateur-Gérant A. Geffroy

Les Médecins et la Guerre

(Suite)

M. Désir de Fortunat, médecin-major de 1re classe territorial.
M. Diffre, médecin-major de 1re classe territorial.
M. Marqueyrol, médecin-major de 2e classe territorial.
M. Bosselut, médecin-major de 1re classe territorial.
M. Pierre, médecin-major de 2e classe de réserve, en Serbie.
M. Bender, médecin-major de 1re classe de réserve.
M. Conseil, médecin aide-major de 2e classe de réserve, en Serbie.
M. Dessouter, médecin-major de 1re classe de réserve.
M. Duval, médecin aide-major de 1re classe territorial.
M. Lepetit, médecin-major de 2e classe, territorial.
M. Guermonprez, médecin-major de 1re classe territorial.
M. Escat, médecin-major de 1re classe territorial.
M. Roncieu, médecin-major de 2e classe au 22e bataillon de chasseurs.
M. Legras, médecin aide-major de 1re classe au 161e régiment d'infanterie.
M. Manaud, médecin-major de 2e classe au 23e régiment d'infanterie.
M. Carpentier (Louis), médecin de 3e classe auxiliaire de la marine à la brigade des fusiliers marins.

Médaille Militaire

M. Corre, médecin auxiliaire au 293e régiment d'infanterie.
M. Masmonteil, médecin auxiliaire au 46e régiment d'infanterie.
M. Angèle (Pol), médecin auxiliaire au 1er régiment mixte de zouaves tirailleurs.
M. Patriarche, médecin auxiliaire au 213e régiment d'infanterie.
M. Funeau, médecin auxiliaire au 255e régiment d'infanterie.
M. Guérin (Henri), médecin auxiliaire au 8e régiment d'artillerie.
M. Bornand (Octave), médecin auxiliaire au 28e bataillon de chasseurs alpins.
M. Porcher, médecin auxiliaire au 1er groupe léger du 6e dragons.

Citations à l'Ordre de l'Armée

M. Lejeune, médecin principal de 1re classe.
M. Thiroux, médecin principal de 2e classe des troupes coloniales d'une division d'infanterie.
M. Spillmann, médecin-major d'une division.
M. Beaufort, médecin-major au 4e régiment de marche de tirailleurs algériens.
M. Behard, médecin aide-major au 66e régiment d'infanterie.
M. Florand, médecin auxiliaire à la compagnie 21/1 du 11e régiment de génie.
M. Bartet, médecin principal du *Jauréguiberry*.
M. Quere, médecin de 1re classe du *Henri-IV*.
M. Melldes, médecin-major de 1re classe de l'H. O. E., nº 5.
M. Sencert, médecin-major de 2e classe de réserve, médecin chef de l'ambulance 6/XX.
M. Bourdier, médecin auxiliaire du génie de corps d'un C. A., compagnie 9/4.
M. Robert, médecin-major de 2e classe, ambulance nº 4 du 9e corps d'armée.
M. Rigollet, médecin principal de 1re classe, médecin divisionnaire d'une D. I.
M. Deyrolles, médecin-major au 7e régiment de marche de tirailleurs.
M. Ray, médecin-major de 1re classe au 88e régiment d'infanterie.
M. Pages, médecin aide-major de 1re classe de réserve, du 3e groupe au 6e régiment d'artillerie.
M. Chabrun, médecin aide-major de 2e classe au 2e régiment de marche de zouaves.
M. Hugon, médecin aide-major de 2e classe au 3e bataillon du 92e régiment d'infanterie.
M. Bernard, médecin auxiliaire au 55e régiment d'infanterie.
M. Lhoste, médecin aide-major du groupe de brancardiers de la division.
M. Couroublé, médecin aide-major de 2e classe au 243e régiment d'infanterie.
M. Coffinières, médecin auxiliaire à la 1re compagnie du 140e régiment d'infanterie.

Citation Civile

M. Sarrazin, maire de la Conture (Pas-de-Calais).

LA MUSE DES TRANCHÉES

Les Poilus de Joffre

Ce sont les « Poilus » du Dieu « Joffre »
Qui font trembler les Allemands!
Que faut-il — dites — qu'on leur offre
Aux Poilus du général Joffre
Pour qu'ils soient toujours bien portants?
Il n'est — Civils — qu'un seul présent
Que tout Poilu garde en son coffre :
Le « Globéol »......... Envoyez-en
Aux Poilus du général Joffre
Qui combattent les Allemands.

A. Douhin.

ÉCHOS

Introduction d'un tube à travers tout le tube digestif

Il est curieux de voir quelle longueur de tube de caoutchouc on peut faire passer à travers le tube digestif. M. Palefski, de l'Hôpital gastro-entérologique Montefiore, à New-York (*New-York méd. Journ.* Nº 16), raconte ce qui suit : quarante-huit heures après l'introduction d'une sonde duodénale de 3 mètres 60 chez une femme de vingt-huit ans, celle-ci appela l'attention du praticien sur la présence d'une boucle de l'instrument qui faisait saillie hors de l'anus. Pensant que la sonde devait avoir été partagée en deux parties, par suite du péristaltisme intestinal ou de la digestion subie du fait de l'action des sucs digestifs dans l'intestin grêle, M. Palefski tira au dehors de l'anus jusqu'à 2 mètres 40 de la sonde, lorsqu'à sa grande surprise, l'extrémité buccale commença à remuer, ce qui lui démontra que la continuité de l'instrument n'était pas interrompue. Reprenant alors cette extrémité buccale, l'auteur tira sur elle et fit rentrer ainsi par l'anus les 2 m. 40 de sonde qui étaient sortis. La longueur de sonde qui était alors au dehors de la bouche correspondait exactement à ce chiffre. Du reste, une radiographie fut prise, après que l'on eût injecté dans la sonde une solution de bismuth. Cette radiographie dont une reproduction accompagne le travail, est très démonstrative : on y voit la position contournée et sinueuse de la sonde.

Le sujet n'éprouva aucun malaise à la suite de cette exploration, si bien que l'auteur se demande s'il n'y a pas là un moyen nouveau de se rendre compte de certaines dispositions des organes du tube digestif.

Les dentiers hors de service.

Sans doute avez-vous remarqué dans quelques quotidiens cette annonce assez macabre, où il est question de l'achat aux prix les plus forts, des vieux râteliers. Ne croyez pas qu'il s'agisse d'un commerce peu important. Un statisticien américain, après avoir demandé aux dentistes transatlantiques quelle quantité d'or ils utilisaient annuellement pour l'aurification des dents gâtées, vient de calculer que chaque année on enterrait, entre New-York et San-Francisco, deux millions et demi d'or avec les Yankees aux dents aurifiées.

Vous jugez, par suite, combien énorme doit être la valeur représentée par les vieilles pièces de prothèse. Les Romains, qui firent en Piémont une guerre de l'or, de tous points comparable à la guerre moderne du Transvaal, pour la possession des mines, furent, sous la République et avant les conquêtes coloniales, très préoccupés par la pénurie possible du précieux métal. Non seulement ils interdisaient d'inhumer les riches avec leurs bijoux, mais encore ils ordonnaient d'enlever les fausses dents agrémentées de pièces martelées en or, ou maintenues par des fils d'or, comme c'était l'usage.

Etendue du vol de la mouche domestique

Des expériences effectuées à Cambridge et reproduites dans le rapport au Local Governement Board (Londres 1913), il découle : que la direction du vent a une influence marquée sur les vols accomplis par la mouche : elle a une tendance à voler vent debout ou de travers.

Peut-être sont-elles attirées par les odeurs d'aliments que le vent peut leur apporter.

La distance maxima parcourue a été de 700 mètres; en rase campagne, 1.500 mètres. D'une façon générale, dans une région bâtie, la mouche ne paraît pas parcourir plus de 400 mètres. Quand la température s'abaisse, la mouche devient paresseuse et cherche à s'abriter; de même le beau temps est une condition nécessaire pour les longs vols.

Les pensées du panseur.

D'un nouveau journal de guerre, *Le Panseur*, « humoristique, peu littéraire, intermittent, organe de tous ceux qui pansent et sont pansés », ces quelques pensées d'un panseur :

A l'hôpital les plus heureux ne sont pas toujours ceux qu'on panse. »

En ce moment, ce n'est pas la fortune qui vient en dormant, mais les punaises. »

86e Année (Série XIVe) — No 271 Le Numéro : 25 Centimes Mercredi 27 Octobre 1915

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Dens-Poisson, PARIS
Téléphones ; Wagram } 73-40 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne } 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 27 Octobre 1915

ÉCHOS

Deux nouvelles chaires.

Le ministre de l'Instruction publique vient par décret de créer à la faculté de médecine de Paris une chaire d'anatomie topographique et une chaire de bactériologie.

Du service de santé.

Le médecin inspecteur général Février, inspecteur permanent des formations sanitaires de la 4e région, est nommé président du Comité consultatif de santé.

L'inspecteur général Dziewenski, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, est appelé à d'autres fonctions. Son remplaçant est l'inspecteur général Sieur, qui dirige les services de santé de la 6e armée.

La commission spéciale de réforme.

M. Mahieu, député, ayant demandé à M. le ministre de la Guerre s'il n'estime pas que, par analogie avec les dispositions prévues à l'article 3 de la loi du 17 août 1915, en ce qui concerne les médecins appelés à faire partie de la commission spéciale de réforme, il serait logique que ni le président, ni les assesseurs de cette commission ne pussent être pris parmi des officiers ayant soit par alliance, soit par séjour prolongé des attaches dans la région, en a reçu la réponse suivante :

« La décision d'une commission de réforme résultant simplement de la constatation de l'aptitude physique, l'avis du médecin expert a une importance capitale et c'est de cet avis que s'inspirent, en fait, dans la plus large mesure, les membres de la commission ; aussi est-il absolument nécessaire que le médecin soit soustrait à toute influence locale, et c'est en considération de cette nécessité que les dispositions de l'article 3 de la loi du 17 août 1915 ont été adoptées. La question présente beaucoup moins d'intérêt, pour les raisons mêmes qui viennent d'être indiquées, en ce qui concerne les membres de la commission. Il ne semble donc pas qu'il y ait lieu d'aller au delà des règles fixées par le Parlement. »

Pour les étudiants en médecine mobilisés.

M. Aristide Prat, député de Seine-et-Oise, avait demandé au ministre de la Guerre de s'entendre avec son collègue de l'instruction publique pour autoriser les étudiants en médecine incorporés peu de temps avant le moment où ils auraient pu prendre leur quatrième et leur huitième inscription, à les prendre par correspondance.

Le ministre vient de lui répondre qu'il accorde cette autorisation, à la condition expresse que les étudiants qui bénéficieraient de cette mesure aient intégralement accompli, avant leur incorporation, les travaux pratiques et le stage afférents à la dite inscription.

Les indemnités aux médecins auxiliaires.

M. Jobert, député, ayant demandé à M. le ministre de la Guerre si les médecins auxiliaires, non encore pourvus du grade de médecin aide-major, ont droit à l'indemnité prévue par les circulaires des 2 mars et 10 mai 1915, lorsque, à défaut de médecins militaires, ils assurent seuls le service médical d'une unité ou d'un hôpital, en a reçu la réponse suivante :

« Il ne peut être répondu à la question dans les termes généraux où elle est posée. »

Heureuse Nouveauté !

Il y a du changement en France, comme dans notre corporation, il n'y a pas à en douter. Les sentiments d'union, de concorde, d'indulgence, d'équité, ont une tendance à prendre partout le dessus et on ne peut que se féliciter d'une transformation qui donnera certainement les résultats les plus heureux.

La bienveillance, voilà ce qui se porte, ce qui est de mode, cette saison. Fini le règne des exploiteurs d'épigrammes, des querelles, des dissensions. L'heure a sonné pour notre pays de vivre en paix et, pour le corps médical, d'évoluer aussi en paix avec lui-même et avec les autres, sans crainte de pécher par excès de complaisance.

Le moment est venu de faire tout le possible pour honorer et relever notre belle profession, d'en faire une société vraiment pleine de cohésion, dont les éléments longtemps désunis se seront enfin fondus et réconciliés. On a constaté que pas mal de médecins que l'on avait méconnus, dont on n'était séparé d'ailleurs que par des malentendus, étaient de ceux qu'on voudrait avoir pour amis, que l'intégrité et la dignité de leur vie étaient vraiment méritoires. Pour tout épurer, il a suffi de se toucher les coudes et de prendre part en commun aux malheurs publics, aux angoisses d'un passé douloureux.

C'est l'adversité qui nous a régénérés et nous ne saurions nous dispenser de retourner avec empressement aux joies du travail, là où fleurit la pensée humaine, dès que nos espoirs de victoire se seront enfin réalisés.

On aura beau dire, nous sommes dans le cas de M. Bergeret, le jour où après ses malheurs domestiques et un sérieux examen de conscience, il reconnut qu'il était sorti de son caractère bienveillant et de son génie pacifique, ce qui l'étonna un peu, car au fond il avait une nature généreuse : « Sur les premières vues qu'il jeta au-dedans de lui-même, il constata que généralement il n'était pas méchant, qu'il était pitoyable, au contraire, sensible aux maux d'autrui, en sympathie avec les malheureux, qu'il aimait ses semblables, qu'il eût voulu satisfaire à tous leurs besoins, combler leurs désirs permis ou coupables, car il n'enfermait pas la charité du genre humain dans les limites d'un système moral et il avait souci de toutes les misères. Il tenait pour innocent tout ce qui ne fait de mal à personne. Aussi avait-il dans l'âme plus de douceur que n'en permettent les lois, les mœurs et les croyances diverses des peuples. »

Ne nous arrêtons pas, si vous voulez, à la seconde partie de ce programme philosophique, afin de n'offusquer personne.

Nous avons su pratiquer la plus difficile des vertus, la patience ; elle a été soumise aux plus cruelles épreuves par la lenteur des opérations militaires, par les rigueurs de la censure et le laconisme des communiqués officiels, alors qu'on était si désireux de savoir, d'être dans la confidence, de ne rien ignorer, surtout au moment où on sentait l'imminence d'un péril systématiquement voilé. Or, il n'y a rien de plus déconcertant « que le danger invisible, rien de plus déprimant que le malaise de se sentir environné du mystère des choses et du silence des êtres ».

Puisque, avec le plus grand nombre de nos concitoyens, nous avons montré tant de sang-froid et de dignité, il serait fâcheux de renoncer à ces qualités comme on dépose un vêtement lourd à porter ; l'habitude contractée étant salutaire et bienfaisante, il s'agit au contraire de persévérer.

Jadis, on était inquiet, préoccupé de l'avenir, on souffrait de l'incertitude du lendemain ; il y avait un malaise général, ce qui est bien suffisant pour expliquer comment certains caractères s'étaient aigris et manquaient parfois de pondération. Mais les points noirs sont à peu près dissipés ; les oiseaux de mauvais augure se sont envolés et la fortune nous montre sa fameuse corne d'abondance.

Une pareille perspective commande le sourire et la confiance ; épanouissons-nous dans la satisfaction du rêve réalisé, alors que nous avons été si près de notre perte.

Un heureux concours de circonstances nous a permis de triompher en grande partie d'un ennemi redoutable, qui faisait peser si lourdement son joug sur nos épaules, réjouissons-nous d'avoir pu le secouer ; congratulons-nous réciproquement, sans arrière pensée, la main dans la main : soyons bons puisque tout va devenir beau, puisque la barbarie tudesque ne saurait nous annihiler, à l'avenir.

Il ne faut plus que les byzantins de la décadence viennent nous embastiller dans leurs arguties, dans leurs préjugés, soulever des problèmes qui pourraient nous diviser.

Les plus charmantes habitudes du temps passé, du bon temps où on était heureux de vivre, de causer, de fraterniser, de faire de l'esprit, de sacrifier même à la galanterie, doivent renaître. On disait ou nous disions que nous étions le peuple le plus spirituel, le plus courtois, le plus hospitalier, de la planète. Prouvons-le largement dans les milieux intellectuels ou raffinés, tout en travaillant à de nouvelles découvertes, au progrès général, pendant que l'ouvrier et le paysan, de leur côté, après être revenus des utopies stériles, s'approcheront avec entrain de l'outil ou de la charrue, sans se plaindre du poids du jour, sans maudire la tâche devenue suffisamment rémunératrice.

Paris redeviendra forcément un centre de lumière, où viendront s'éclairer surtout les nations, qui auront contribué à notre triomphe. Il n'y a que nos encombrants voisins d'outre-Rhin, que nous ne devrons plus admettre à notre table, pas plus dans nos intérieurs que dans nos affaires, pour raison de salubrité publique. Notre porte comme nos frontières devront être fermées aux professeurs de carnage, aux complices des bourreaux, aux savants à lunettes atteints de folie des grandeurs, aussi bien qu'aux soubrettes et aux anges gardiens qui avaient tout envahi. Notre génie si simple, si lucide, si primesautier, en avait été assombri.

Cette résolution remplira de joie l'oncle Faguet qui souhaite avec tant d'ardeur « qu'il vienne un homme qui, par l'autorité du génie, persuade à notre pays si éprouvé de s'aimer d'abord lui-même profondément, chaleureusement, énergiquement. Le culte du moi, dit-il, n'est pas à conseiller à un individu ; mais à un pays, il faut présenter le culte de soi comme un devoir. Quand le patriotisme ne serait pas une vertu, il serait une nécessité, tant qu'il y aura d'autres peuples chez qui il n'est pas démodé. »

Comme contrepoids aux abominations allemandes, tous les alliés, selon la recette de Maurice Donnay, se feront un devoir, après l'orage « de montrer aux hommes l'arc-en-ciel de l'idéal, dont les sept couleurs, intelligence, bonté, justice, humanité, indépendance, loyauté, courage, se fondent dans cette lumière blanche : la Beauté. »

Qu'avions-nous besoin d'aller chercher des inspirations dans les laboratoires de Berlin ? La question ne se pose ou ne se posera plus ! Rappelez-vous combien de découvertes avaient vu le jour chez nous et nous revenaient ensuite de là-bas, transformées, maquillées, avec un prestige spécial du fait seul de leur exotisme.

Nous n'avons pas besoin de ces gens-là, dont toute la science était au service de la force, au service de la sauvagerie d'un militarisme atroce. On sait dès à présent que les médecins teutons ont été généralement au-dessous de leur tâche, pour les soins à donner aux blessés et dans l'organisation des services sanitaires. Bien plus, il y en a qui ont donné des marques incontestables de vénalité, de brutalité et même de dipsomanie. Vous avez lu comme moi dans les gazettes combien de fois ces messieurs avaient été surpris en état d'ivresse, après avoir fait un accueil trop chaleureux à nos crûs les plus vantés. Ils ne dédaignaient pas de visiter avec sollicitude les caves des demeures envahies et de se laisser surprendre en état d'ébriété, au lieu de soigner convenablement les victimes confiées à leurs soins.

Plus de germanophilie, ni même d'engouement musical, au détriment de nos compositeurs, nous ne devons plus avoir rien de commun avec les descendants de Caïn et d'Attila !

Dr GRELLETY, *de Vichy.*

LA RELÈVE DES MÉDECINS

Depuis notre dernier numéro, nous avons reçu à propos de la question de la relève des médecins de nombreuses lettres de confrères approuvant tous l'initiative prise par notre collaborateur, le Dr Maury.

Tous nos correspondants, cette fois, sont unanimes. Tous estiment qu'il serait légitime et simplement équitable de substituer aux médecins mobilisés sur le front depuis le début de la campagne d'autres médecins demeurés jusqu'ici dans la zone d'arrière, voire même dans la zone de l'intérieur et cela bien qu'étant très souvent d'âge moindre et souvent aussi avec des charges de famille moins grandes.

Il y a là une question de simple justice et c'est surtout parce que celle-ci est lésée par trop abusivement que les intéressés réclament.

En ce temps où chacun, à bon droit, proteste contre les embusqués de toutes sortes, il ne faut pas que l'on puisse dire qu'il y a des médecins embusqués, des médecins se déchargeant sur des confrères moins favorisés de tous les efforts que la guerre terrible qui se poursuit depuis présentement près de quinze mois fait peser sur chacun d'entre nous.

Et c'est pourquoi il faut souhaiter, en dépit du « piston » et du favoritisme, que soient enfin appliquées dans toute leur rigueur les règles arrêtées par les circulaires ministérielles sur la relève des médecins du front.

**

M. Moutet, député, ayant demandé à M. le ministre de la Guerre si dans la relève des médecins du front et dans leur remplacement par des médecins de l'arrière, qui doit être opéré progressivement à partir du mois prochain, les médecins de régiment sont placés sur le même pied que les médecins d'ambulance, en a reçu la réponse suivante : « Réponse affirmative. »

Les Médecins et la Guerre

(Nous déclinons toute responsabilité au sujet des erreurs qui pourraient se trouver dans cette liste).

Les Morts

M. Charles Lévi-Alvarés, médecin auxiliaire au 5e bataillon de chasseurs, décédé le 15 août à l'ambulance de Gérardmer, des suites de blessures.

M. Cahuzac, médecin de 2e classe du *Bouvet*.

M. Cabana, médecin aide-major de 2e classe au régiment d'infanterie coloniale du Maroc.

M. Trelaun, médecin aide-major de 2e classe au 144e régiment territorial d'infanterie.

M. Boulard, médecin aide-major de 2e classe au 155e régiment d'infanterie.

M. Georges Blazer, médecin auxiliaire, tué par un obus.

M. Condamine (Marie-Paul), médecin aide-major au 20e bataillon de chasseurs, tué le 21 juin.

M. Perce-Pied (Jean), médecin aide-major, mort aux Dardanelles.

M. Fernand Grenier, médecin auxiliaire, blessé le 24 août et mort quelques jours plus tard à l'hôpital de Gérardmer.

M. Achille Edom, ex-chirurgien des hôpitaux de Bruxelles, mort à Saint-Brieuc (Ille-et-Vilaine), des suites d'une infection pulmonaire contractée au cours d'une mission comme chirurgien consultant dans la 10e région.

M. Magnieu, médecin major de 2e classe, tué le 19 juin.

M. Armanet (Honorat), médecin aide-major de 2e classe au 175e régiment d'infanterie, tué le 28 juin.

M. Peyron (Jean), sergent brancardier au 163e régiment d'infanterie, étudiant en médecine.

M. Marcel Oui, médecin aide-major de 2e classe à l'hôpital auxiliaire 201 à Bordeaux, professeur de clinique obstétricale à l'Université de Lille.

M. Catuffe, médecin major de 2e classe, décédé à l'hôpital militaire d'Amiens.

Les Décorés

LÉGION D'HONNEUR

Officier. — M. Bartet, médecin principal.

M. Taddei di Torella, médecin principal.

M. Wavelet, médecin major de 1re classe au 36e régiment d'infanterie.

Chevalier. — M. Quéré, médecin de 1re classe du *Henri-IV*.

M. Plazy, médecin de 1re classe du *Latouche-Tréville*.

M. Malpasse, médecin aide-major de réserve de 1re classe à la mission militaire médicale française en Serbie (Croix de guerre).

M. Corvisy, médecin aide-major de réserve de 2e classe à la mission militaire médicale française en Serbie (Croix de guerre).

M. Megnin, médecin aide-major de 2e classe de réserve à titre temporaire au 149e régiment d'infanterie.

M. Bosc, médecin major de 1re classe de réserve au 35e régiment d'infanterie.

M. Paître, médecin major de 2e classe à l'ambulance 4/45.

M. Garès, médecin aide-major de 1re classe de réserve.

M. Houdard, médecin aide-major de 1re classe au 32e régiment d'artillerie.

M. Marchetti, médecin major de 2e classe au 1er régiment de marche d'Afrique.

M. Thibault, médecin major de 1re classe au 58e régiment colonial.

M. Verdelet, médecin major de 2e classe.

(Voir la suite page VII.)

Trains sanitaires à création instantanée

Par M. le Docteur Henri BELTZER

Médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale

Le train sanitaire semi-permanent Hâvre 2, devenu depuis le train sanitaire Etat n° 22, dont la création avait été prévue par une note de M. le Commandant Varaignes, commissaire du Réseau de l'Etat (Bordeaux, 29 décembre 1914) et auquel nous avons

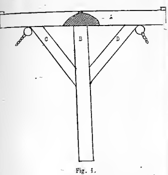


Fig. 1.
Supports de l'appareil pour le transport des blessés (modèle A).

été affecté en qualité de Médecin-Chef, ne devait transporter que des blessés assis. Mais les nécessités du service nous ont obligé à chaque voyage de transporter des blessés couchés.

M. le médecin-major de 1re classe Lherminier, médecin-chef de l'Hôpital d'évacuation n° 22, avait prévu que ce train pouvait

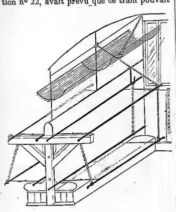


Fig. 2.
Schéma de l'appareil pour le transport des blessés dans les wagons (modèle A).

être amené à recevoir des blessés couchés et par ses soins nous avions été munis de brancards.

Nous nous sommes préoccupés de transformer économiquement notre train de blessés assis en train de blessés couchés ou assis à volonté à l'aide de pièces mobiles et sans toucher au matériel de l'Administration des chemins de fer de l'Etat, ces pièces pouvant se démonter instantanément.

C'est ce système qui nous a rendu tant de services et qui peut rivaliser avec n'importe quel autre dispositif que nous allons exposer ici.

Transformation instantanée et économique des wagons de 3e classe Etat en wagons pour blessés couchés ou assis par les supports et doubles crochets mobiles wagons de 14 à 17 tonnes — modèle A — wagons de 18 tonnes — modèle A bis).

Ces modèles A et A bis se posent sur la

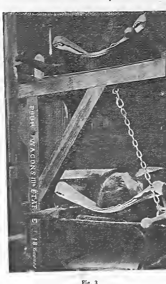


Fig. 3.
Appareil pour le transport des blessés dans les wagons (Modèle A bis).

plaque d'épaule externe des compartiments et s'enlèvent à volonté instantanément.

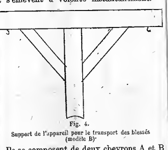


Fig. 4.
Support de l'appareil pour le transport des blessés (modèle B).

Ils se composent de deux chevrons A et B disposés en forme de T, consolidés par l'adjonction de deux jambes de force en bois C et D. Les deux jambes de force peuvent être remplacées par deux équerres en métal. La pièce horizontale A est terminée par deux saillies en bois destinées à maintenir les hampes des brancards et présente sur son centre en haut et en avant une encoche E large de 0 m. 07 qui vient s'évaser pour épouser la forme de la plaque d'épaule sur laquelle elle s'emboîte sur une largeur de 0 m. 27 environ.

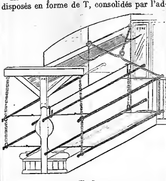


Fig. 5.
Schéma de l'appareil pour le transport des blessés en wagons (modèle B)

Le support se fixe par deux tirefonds à la cloison. Les tirefonds peuvent être remplacés par une pièce de bois rabattue sur la surface interne de la plaque d'épaule du compartiment.

Un double crochet métallique, destiné à supporter les hampes internes des pieds des brancards supérieurs et, par une chaîne s'adaptant sur chaque anse, les hampes internes des pieds des brancards inférieurs, s'applique sur la cloison séparatrice du compartiment.

L'épaisseur des chevrons A et B est d'environ 0 m. 07, mais elle pourrait être moins forte sans inconvénients. La hauteur de la pièce B est de 1 m. 14 pour le modèle A et de 1 m. 12 pour le modèle A bis. C'est la seule différence existant entre ces deux modèles. La longueur du chevron A est de 1 m. 33.

Le support étant en place, voici comment se disposent les quatre couchettes-brancards, deux supérieures et deux inférieures.

Les hampes de tête des couchettes supérieures sont posées sur le chevron A.

Les hampes des pieds internes des couchettes supérieures, celles qui sont accolées contre la paroi séparatrice des comparti-



Fig. 6.
Appareil à ressorts complémentaires pour transports de blessés dans les trains sanitaires ou voitures.

ments, s'engagent dans l'anse d'un double crochet, à cheval sur la cloison. Ce double

crochet, haut et large de 0 m. 15, se prépare à l'aide d'une simple tige de fer recourbée.

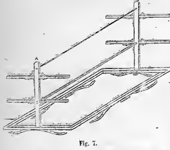


Fig. 7.
Schéma de l'appareil à ressorts complémentaires pour le transport des blessés.

Les hampes externes des pieds des brancards inférieurs et supérieurs sont suspendues par des cordes attachées à deux tiges verticales des porte-bagages. Ces cordes, munies d'un anneau pour chaque hampe, forment un arrimage en fronde. Cette fronde permet d'obtenir un mode d'attache solide et sûr qui peut encore être renforcé par une bretelle de brancard attachée à la hampe externe du brancard supérieur et au porte-bagages. L'usage de la bretelle de brancard n'est pas utile, la corde à anneaux suffisant amplement.

Les hampes de tête internes des couchettes inférieures se posent sur la tringle latérale de la banquette. Les hampes de tête externes inférieures, suspendues à l'aide d'une chaîne s'insérant à l'anneau d'écurie du chevron A, s'engageant dans un anneau terminant l'extrémité libre de cette chaîne.

Les hampes internes des pieds des brancards inférieurs s'engagent également dans un anneau terminant une chaîne suspendue à l'anse du double crochet.

On pourrait adjoindre des ressorts à la suspension, mais ils ne sont pas nécessaires.

Le système est solide et revient à 4 francs pour 4 brancards (prix des cordes, chaînes et anneaux non compris), à 12 francs pour 4 brancards avec cordes, chaînes et anneaux.

Il peut recevoir des brancards à traverses et à compas et aussi des brancards anglais. Mais les brancards anglais ayant des hampes trop longues, nous préférons pour eux d'autres modèles, les modèles B et C.

***

Transformation instantanée et économique de tout wagon de 3e classe Etat par supports mobiles placés au-dessus de la cloison (modèle B).

Ce modèle B, qui peut recevoir des brancards anglais ou français, s'obtient en diminuant la longueur de la tige B et en pratiquant à sa base une encoche concave s'appliquant sur le bord supérieur de la cloison séparatrice.

Le support modèle B, d'une solidité remarquable et d'un prix de revient égal à celui du modèle A, se fixe à la tige verticale du porte-bagage à l'aide de deux brides de fer plat qui lui sont attachées par des boulons. Une des brides est placée au milieu du chevron A et l'autre en bas du chevron B. On pratique préalablement sur la face antérieure de ces chevrons les encoches nécessaires à leur adaptation.

La suspension des brancards se fait, pour les pieds, de la même façon que dans le modèle A. Les hampes des extrémités têtières internes s'engagent dans un deuxième double crochet et les hampes externes de tête dans des anneaux attachés par des chaînes à des crochets fixés sur le chevron A.

On applique sur l'autre extrémité de la paroi séparatrice du compartiment un petit butoir mobile en forme de ∏ destiné à protéger la vitre latérale du compartiment.

***

Avantages du système de transformation instantanée par les supports et doubles crochets mobiles sur les systèmes actuellement en usage dans les Semi-permanents français des divers réseaux.

Les avantages (1) de notre système qui a fonctionné à merveille pendant toutes nos périodes d'évacuation sont nombreux.

Aussi, les ingénieurs des Chemins de fer qui ont eu l'occasion de l'examiner désireraient le voir généraliser aux divers réseaux.

Voici quels sont ces avantages :

1° Le système est très économique, le moins coûteux de tous, d'un prix insignifiant ;

2° Il est simple, peu encombrant et même coquet ;

3° Il permet la transformation instantanée d'un wagon de voyageurs en wagon pour blessés couchés ;

4° Il peut s'enlever instantanément, se rentrer dans un fourgon et transformer le wagon aménagé pour blessés assis ou pour voyageurs ordinaires, d'où faculté d'utiliser un train sanitaire pour le transport des troupes.

5° Il ne déplace aucune banquette ni aucune pièce du wagon ;

6° Il ne touche pas au matériel des réseaux et ne cause aucun dégât par suite de la mobilité de ses pièces. L'économie de main-d'œuvre après la guerre qui résultera de son application sera très appréciable, le dispositif n'entraînant dans l'avenir aucun frais de réfection du wagon ;

7° Il peut recevoir des brancards français à traverses ou à compas ainsi que des brancards anglais ;

8° Il peut s'adapter à tous les réseaux avec quelques légères modifications. ;

9° Il permet l'embarquement ou le débarquement en deux minutes de quatre blessés couchés et de deux rangs de blessés assis sans précipitation dans la manœuvre.

Cette rapidité ne peut être obtenue avec aucun autre système ;

10° L'embarquement peut se faire des deux côtés du wagon, les extrémités têtières pouvant prendre la place des pieds et réciproquement.

Les blessés sont très accessibles pour les soins à donner ou à recevoir en cours de route.

Les manœuvres d'embarquement et de débarquement sont moins fatigantes pour le personnel infirmier à cause de la situation des brancards et de la mobilité des cordes et chaînes.

Dans les autres systèmes les brancards supérieurs sont trop élevés. Les brancards inférieurs sont généralement trop bas. En outre nous conservons les porte-bagages, très utiles en cours de route et permettant d'éviter l'encombrement du couloir et des compartiments par les chaussures, vêtements et objets divers appartenant aux blessés.

11° Ce système, outre ces avantages particuliers, possède les avantages des autres systèmes et de chacun d'entre eux. Il est d'une solidité à toute épreuve et les blessés ont été par son aide transportés convenablement, confortablement, sans secousses, sans mouvements de latéralité ou antéropostérieurs, grâce à la bonne suspension des voitures de 3e classe Etat.

Pour compléter ces installations et permettre pour l'évacuation des blessés l'utilisation des fourgons de marchandises, nous avons enfin réalisé un dernier appareil à ressorts complémentaires permettant la suspension de brancards ou de lits destinés au transport des blessés.

Cet appareil se compose d'un bâti en bois que nous avons fait construire en frêne (il pourrait être construit en fer articulé), bâti posé sur un châssis large de 1 m. 34, long de 1 m. 90 sur lequel viennent s'adapter deux tiges verticales hautes de 1 m. 44 environ, reliées par deux entretoises longitudinales en bois ou en fer. Les tiges verticales sont munies de deux barres horizontales en forme de croix fixées par des tenons et renforcées à l'aide d'équerres métalliques.

Le châssis de l'appareil, à 16 centimètres du niveau du parquet le supportant, est suspendu sur quatre ressorts à 6 lames ayant une flexibilité de 0 m. 06 environ pour 500 kilogrammes. La flèche intérieure de ces ressorts est de 0 m. 15 centimètres. Les ressorts à 6 feuilles ont 1 m. 20 de longueur et 4 cent. 1/2 de largeur. Deux de ces ressorts sont disposés dans le sens longitudinal et deux dans le sens transversal.

L'appareil repose donc sur le parquet suivant huit points d'appui et présente, par conséquent, un degré parfait de stabilité.

Avec une charge de 6 blessés, le fléchissement des ressorts est de 6 centimètres, avec 4 blessés, il est de 4 centimètres, avec 2 blessés, il est de 2 centimètres.

Sur les tiges verticales, ou sur les entretoises tranversales, on fixe, à l'aide de crochets, des chaînes ou des cordes munies de ressorts à boudin, destinés à jouer le rôle d'amortisseur, c'est à dire à réduire l'amplitude des oscillations de l'appareil. Ces amortisseurs qui ne sont pas indispensables, ne sont utiles que lorsque la voie ferrée décrit une courbe à faible rayon et quand le fourgon s'incline latéralement par suite d'un affaiblissement ou d'une déclivité quelconque de la voie. En effet, lorsque la voie ferrée est rectiligne ou présente une courbure à grand rayon, le rôle des amortisseurs est nul. Les ressorts inférieurs fonctionnent seuls avec des fléchissements doux, imperceptibles pour les blessés.

Les essais de l'appareil nous ont donné les résultats les plus satisfaisants. Une locomotive a été attelée pendant plusieurs heures au fourgon de marchandises dans lequel nous avions placé notre appareil. Le mécanicien de la locomotive a exécuté des arrêts et des démarrages brusques qui ont été à peine perçus par les hommes couchés dans les six brancards. Le confortable paraît parfait ; aucune secousse latérale ou antéropostérieure n'est ressentie sur l'appareil qu'il soit chargé de 6, de 5, de 4, de 3, de 2 ou même d'un seul homme. Chaque brancard est en quelque sorte posé sur un sommier élastique unique. Grâce à la disposition des ressorts, les oscillations en marche, toujours très douces, ne sont pas perçues même dans les brancards de l'étage supérieur.

Le transport des blessés avec ce nouvel appareil paraît supérieur comme douceur,

(1) En raison des multiples avantages du système propose par M. le Docteur Beltzer, la Commission supérieure d'examen des inventions intéressant la défense nationale a retenu ce système et l'a proposé au ministère de la Guerre, qui l'a adopté.

comme confortable et comme facilités d'embarquement et débarquement à celui de tous les appareils en usage dans les services de santé militaires français ou anglais.

Cet appareil pourrait être utilisé dans tous les trains sanitaires. On peut le munir à volonté de brancards français à traverses ou à compas ou de lits-brancards.

Il est démontable en trois plans, se monte en quelques minutes dans un wagon, est d'un prix inférieur à celui des autres appareils, peut être construit pour un, deux, trois, quatre, cinq ou six blessés.

Il peut aussi recevoir des brancards anglais.

Le mouvement de va et vient avec cet appareil, est complètement supprimé.

En somme, doué d'une élasticité puissante, très sensible, très douce, sans oscillation par suite de la disposition des ressorts dans le sens de la longueur et de la largeur, l'appareil (1) ne peut déterminer aucune souffrance pour les occupants. Le mal de mer n'est pas à craindre, même pour les blessés couchés sur le plan supérieur.

(1) Le bureau des inventions intéressant l'armée a retenu cet appareil et l'a adressé au ministère de la Guerre en vue de son adoption par l'Etat.

Le régime lacté exclusif

D'après le docteur G. Leven, le régime lacté exclusif, qui ne saurait jamais être qu'un régime d'exception, peut être aisément imposé aux malades durant dix à quinze jours, sous la condition de procéder avec méthode.

Voici, d'après lui, comment il convient de régler le régime.

1° Prendre 1.500 grammes de lait par 24 heures ;

2° Diviser cette ration en cinq prises de 300 gr. qui seront utilisées toutes les 3 heures, de 7 heures du matin à 7 heures du soir ;

3° Donner le lait tiède ou chaud : l'addition de caramel, de vanille, d'eau de fleurs d'oranger, de café, de café de gland doux ou de thé, sera autorisée si le goût du lait pur déplaît au malade ;

4° Sucrer le lait, s'il y a lieu d'augmenter la valeur nutritive de l'alimentation lactée ;

5° Boire lentement ;

6° Après chaque prise de lait, procéder à un lavage soigneux de la bouche avec une eau alcaline quelconque.

Ce régime, d'après M. Leven, est suffisant pour un malade en traitement au lit ou se livrant à un travail peu fatiguant, car la pesée montre la fixité du poids du corps à 200 ou 300 grammes près, lorsqu'il est prolongé durant 15, 20 à 30 jours, chez des sujets non obèses.

Il sera très utile de prescrire également 8 comprimés de Sinubérase à prendre dans la journée avec le lait.

Ce régime lacté minimum est toujours bien toléré par tous les malades. Ceux qui s'effraient le plus d'un régime mal supporté antérieurement reconnaissent que cette ration lactée ne détermine plus la diarrhée, la constipation, les pesanteurs, les gaz que le mode d'emploi antérieur (ration excessive avec prises trop rapprochées) avait provoqués, chaque fois que le régime lacté leur avait été conseillé.

Quand les malades sont incommodés par la soif, ce qui est exceptionnel, on autorisera, entre les prises de lait, l'absorption supplémentaire de 250 à 300 grammes d'infusions chaudes, c'est-à-dire 5 petites tasses de 50 à 60 grammes.

Les malades sont toujours surpris de s'habituer aisément à ce régime, de bien le tolérer, alors que dans le passé, ils n'avaient jamais supporté le lait ; ils ne sont pas moins étonnés de constater que leur faim est largement satisfaite avec une semblable alimentation.

La Débilité génitale chez la femme

Ses causes, ses accidents, son traitement

Par M. le Docteur L. LEHOUCQ

Ancien aide d'anatomie, ancien chef de clinique chirurgicale

Depuis le moment de la formation jusqu'à celui de la ménopause, entre ces deux périodes critiques qui inaugurent et terminent la vie sexuelle de la femme, celle-ci est souvent atteinte par une de ces multiples affections qui en font parfois une véritable infirme. Bien peu y échappent. La cause de cette fréquence est une sorte de prédisposition naturelle, héréditaire dans bien des cas, la *Débilité génitale*, comparable à ce qu'est la débilité rénale, de Castaigne, pour le rein.

La débilité génitale se manifeste dès les approches de la puberté ; d'abord, en la retardant. Fréquemment, les jeunes filles réglées tardivement, à 18,20, 25 ans, sont des débiles au point de vue génital, au point de vue ovarien surtout. Les règles sont alors précédées d'une longue période prodromique, caractérisée souvent par des migraines, des maux de tête, des vertiges, de l'anorexie, des douleurs gastriques. Une leucorrbée tenace vient encore affaiblir la malade et la conduire à l'anémie et à la chlorose, si fréquentes à cet âge. C'est pendant cette période que la jeune fille, obligée de travailler, toujours fatiguée, souvent déprimée, contracte si facilement la tuberculose.

Enfin, accompagnées de douleurs pelviennes, les règles s'établissent. Il peut alors se passer deux choses : ou bien l'ovaire, mal développé, ne provoque que des règles peu abondantes, très irrégulières, douloureuses, ou bien, développé brusquement, il provoque de véritables hémorragies, connues sous le nom de métrorragies de la puberté. Ces pertes considérables de sang contribuent encore à affaiblir la malade ; elles sont souvent si abondantes qu'elles nécessitent un tamponnement vaginal immédiat.

Pendant les premiers temps qui suivent le mariage, la débilité génitale est encore la cause des troubles urinaires de pseudocystite : besoins fréquents et impérieux d'uriner, incontinence partielle, accompagnés de leucorrbée et de signes de vulvite : C'est la vulvite des jeunes mariées, comme l'a décrite le professeur Ch. Audry, de Toulouse.

Plus tard, après une grossesse pendant laquelle la femme est d'une extrême faiblesse générale, l'accouchement est excessivement laborieux. La délivrance est lente; et l'examen du placenta montre qu'il est incomplet : il y a de la rétention placentaire, nouvelle source de difficultés, rétention parfois suivie d'une infection immédiate excessivement grave, ou d'une endométrite ultérieure rebelle.

Les jours qui suivent l'accouchement, les femmes atteintes de débilité génitale présentent fréquemment des lochies fétides. L'involution utérine est souvent retardée, et le lever ne doit être autorisé qu'au bout d'un laps de temps variant de trois semaines à un mois.

Né dans de telles conditions, on peut s'imaginer que l'enfant ne sera pas ce qu'on appelle « un beau bébé ». Il pèsera moins que le poids normal du nouveau-né, et perdra beaucoup plus que les 200 grammes qu'il devrait perdre pendant les trois ou quatre premiers jours de la vie.

La débilité de l'enfant, conséquence directe de la débilité génitale de la mère, aboutit souvent à des affections telles que le sclérème et l'athrepsie de Parrot. Chez le nouveau-né atteint de sclérème, il y a amaigrissement, abaissement de la température qui tombe au-dessous de la normale. La nutrition se fait mal, la faiblesse devient croissante, et les tissus subissent une infiltration séreuse indurée très spéciale.

L'athrepsie s'observe en général d'une façon plus tardive, et met un certain temps à se développer. Elle a surtout pour cause la mauvaise alimentation de l'enfant. La faiblesse et l'amaigrissement se montrent d'une façon progressive, alors que le ventre subit un développement plus ou moins marqué.

Dans ces conditions, ces nourrissons paient un lourd tribut à l'entérite et à la méningite tuberculeuse.

Mais la femme a cessé d'allaiter. Survient le retour de couches. Non douloureux chez la femme normale, il le deviendra chez la malade atteinte de débilité génitale, où il prendra souvent la proportion d'une véritable métrorragie, avec issue de caillots, accompagnée de coliques utérines.

Avant même ce retour de couches, les lochies avaient fait place à un écoulement glaireux, jaunâtre, parfois strié de sang, d'ailleurs inodore, mais empesant le linge de la malade. Après le retour de couches cet écoulement reparaît, plus intense que jamais, cette fois fétide, accompagné de douleurs lombaires, de maux d'estomac, de palpitations. La métrite est constituée. Cette maladie domine la pathologie génitale de la femme.

La débilité génitale, entre quarante et cinquante ans, sera encore la cause du prolapsus de l'utérus, qui surviendra progressivement, presqu'à l'insu de la malade, avec pesanteur au périnée, tiraillements dans les lombes et dans le bas-ventre. Le col utérin, faisant issue au dehors, sera souvent ulcéré.

Au prolapsus utérin sont fréquemment associés : le prolapsus vésical ou cystocèle, qui occasionne des troubles urinaires : dysurie, parfois incontinence, et le prolapsus rectal ou rectocèle, origine d'une constipation opiniâtre.

On serait tenté de croire que la ménopause, qui viendra clore chez la débile génitale une vie sexuelle aussi tourmentée doit être souvent une véritable délivrance. Mais malheureusement le retour d'âge ne guérira pas la métrite, ne réduira pas le prolapsus utérin.

Après la ménopause, la leucorrbée ne tarira pas. Des hémorragies violentes et répétées confineront souvent la malade au lit, pour persister jusqu'à la vieillesse.

Après avoir décrit l'ensemble des accidents provoqués par la débilité génitale, nous allons essayer d'en établir les causes.

L'hérédité joue un rôle important, et l'on retrouve souvent chez les ascendants, la présence de la tuberculose et de l'alcoolisme. En effet, la débilité génitale est souvent une débilité locale chez une débile générale. Dans ce cas, la façon dont la jeune fille est élevée a une grande importance. Le travail exagéré, l'insuffisance de la nourriture provoqueront souvent chez elle un affaiblissement qui la conduira, au moment de la formation, à la débilité génitale.

Mais il existe également des cas où la débilité génitale se rencontre chez les jeunes filles robustes, de santé florissante, élevées à l'air pur de la campagne, nées de parents sains. Dans ce cas, il s'agit d'une débilité purement ovarienne, et causée par le man-

que d'évolution, ou la mauvaise évolution de cet organe au moment de la formation. La débilité génitale sera dans ce cas purement passagère, et beaucoup moins grave que dans la catégorie précédente à cause du bon état général, et de la résistance de l'organisme.

Comment la débilité génitale provoque-t-elle les accidents que nous avons décrits ?

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, chez la jeune fille, on a le plus souvent affaire à la débilité où insuffisance ovarienne. Après le premier accouchement, l'utérus entre en scène, la débilité ovarienne cesse de se manifester, et l'on se trouve en présence d'une débilité surtout utérine. Enfin, plus tard encore, aux approches de la ménopause, tous les organes du petit bassin sont atteints et l'on pourrait décrire une débilité pelvienne du retour d'âge.

Tout le monde connaît l'importance du rôle de l'ovaire au moment de la formation, ainsi que tous les troubles causés par l'insuffisance ovarienne, premier stade de la débilité génitale. Nous allons surtout insister sur la débilité utéro-ovarienne qui se manifeste après l'accouchement, en prédisposant la femme à la métrite, à la salpingite, à l'ovarite.

La métrite, que je ne vais pas décrire en détail reconnaît comme cause efficiente une contamination de l'utérus par un agent pathogène : gonocoque dans la blennorragie, streptocoque dans l'infection post-partum, spirochète de Schaudinn dans la syphilis. Mais dans tous ces cas, la débilité génitale joue un rôle très important que nous allons essayer de montrer. Dans la blennorragie, l'infection débute généralement par les voies génito-urinaires inférieures : vagin et urètre, et s'y cantonne souvent, chez la femme robuste. Chez la débile génitale, au contraire, l'utérus se défend mal contre l'infection et laisse envahir sa cavité par le gonocoque, qui, après avoir commencé par provoquer une métrite, continuera son ascension en pénétrant dans les trompes jusqu'à l'ovaire, et déterminera une salpingite ou une salpingo-ovarite, qui nécessiteront souvent une intervention chirurgicale.

Dans la métrite par infection post-partum, le rôle de la débilité génitale n'est pas moins important. Après un avortement ou un accouchement, la surface d'insertion placentaire est une plaie exposée à l'infection microbienne. Normalement cette infection ne se produit pas, car l'utérus réagissant bien à la montée microbienne, se débarrasse facilement du streptocoque. Chez la débile génitale, l'utérus est dans un tel état de réceptivité que la métrite post-partum s'installe, et son caractère le plus remarquable est la chronicité. La surface utérine représente, en effet, le type des plaies cavitaires ; la stagnation et la rétention des produits putrides est favorisée par l'étroitesse du canal cervical, de nombreuses cavités glandulaires criblent sa muqueuse, formant autant de diverticules où l'infection s'éternise.

Nous allons passer maintenant à l'étude des troubles causés par la débilité de la musculature de cet organe.

Ces troubles se produisent surtout pendant la fin de la grossesse, au moment de l'accouchement, et dans les suites de couches.

Ils reconnaissent comme origine l'inertie utérine, caractérisée par la diminution de la contractilité et de la rétractilité de l'organe.

Pendant l'accouchement même, la diminution de la contractilité cause la lenteur de l'accommodation, de l'engagement, obligeant parfois à l'usage du forceps.

Après l'accouchement, le manque de rétractilité de l'utérus provoque la lenteur de la délivrance ; celle-ci souvent incomplète par suite de la mollesse du placenta. L'expulsion de ce dernier étant effectuée, l'utérus revient mal sur lui-même, les vaisseaux, mal comprimés entre les fibres musculaires, laissent échapper le sang : il se produit une hémorragie parfois considérable.

Enfin, le retour de la matrice à l'état normal est excessivement long, ce qui retarde de beaucoup le premier lever de la femme, favorise la réinfection de la cavité utérine et la réapparition de la métrite.

Le manque de tonicité, la débilité des organes génitaux finit par se compliquer à la longue d'une laxité des ligaments et des muscles qui les maintiennent à leur place. Je veux dire qu'il se produit ce dont j'ai parlé plus haut : une débilité pelvienne qui se manifeste aux approches du retour d'âge, sous la forme la plus fréquente de prolapsus utérin.

Le traitement de la débilité génitale chez la femme fera l'objet de ce dernier paragraphe.

Au point de vue prophylactique, nous décrirons les précautions à prendre pour éviter la débilité génitale avant qu'elle soit constituée, pour en prévenir les nouveaux accidents lorsqu'elle se sera déjà manifestée.

Au point de vue curatif, nous étudierons le traitement à opposer à chaque accident en particulier.

Une bonne hygiène dans les années qui précéderont la puberté, le séjour à la campagne (s'il est possible), le repos, constitueront, au point de vue prophylactique, toutes les précautions à prendre avant la formation de la jeune fille.

Mais à ce moment-là, il sera bon de prescrire, pour hâter l'apparition des règles, la fandorine, véritable spécifique de l'insuffisance ovarienne.

Ce produit, à base d'extraits totaux d'ovaire et de glande mammaire, renfermant encore les principes actifs de l'*anémone*, de *piscidia erythrina*, de *viburnum prunifolium*, sera d'une grande utilité dans cette période critique.

Son emploi préviendra les hémorragies et tonifiera le système nerveux de la jeune fille, si souvent déprimé dans cette période. Les règles seront moins douloureuses et deviendront rapidement normales.

A ce moment, il sera bon de donner les premiers principes de la toilette intime, s'ils ne sont déjà connus, et surtout pendant la période menstruelle on prescrira chaque jour de grandes toilettes avec de l'eau bouillie additionnée de gyraldose.

Son emploi continu n'aura pas d'inconvénients, à condition d'être dans ce cas employé à très petites doses : une cuillerée à café par litre d'eau bouillie.

Plus tard la gyraldose sera utilisée en injections vaginales, même pendant la grossesse.

Au moment de l'accouchement, les règles de l'obstétrique seront observées au sens le plus strict du mot, et souvent il y aura lieu de procéder à une injection intra-utérine pour décoller un cotylédon placentaire resté adhérent. Dans ce cas, la gyraldose sera encore l'antiseptique de choix, de même que pour lutter contre la fétidité des lochies.

Traitée de cette façon, la métrite entrera vite dans la période de déclin, les pertes blanches seront taries ; après la ménopause, la femme ne craindra plus ces hémorragies si rebelles, ni le prolapsus utérin qui vient compliquer malheureusement dans bien des cas cette maladie si rebelle : la métrite.

Pour terminer, nous dirons donc que la débilité génitale, si fréquente, et qui cause des accidents si graves peut être traitée avec des chances de succès, à condition d'employer des produits à action certaine et non illusoire, sur lesquels on peut se fier, tels que ceux que j'ai mentionnés plus haut.

La Désinfection précoce des Plaies de Guerre

Par M. le Docteur Th. TUFFIER
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

Presque toutes les plaies de guerre peuvent être considérées comme infectées. Le fait n'est pas *spécial à notre armée* ; les hôpitaux anglais que j'ai visités en témoignent et les médecins allemands prisonniers avec lesquels je me suis entretenu sur le front accusent ces mêmes accidents ; les missions médicales des Neutres confirment leurs dires. Watson Cheyne, affirme que les blessés *des armées à la mer* sont dans le même cas. Il n'est pas non plus bien nouveau et il aurait pu être prévu, car il a été constant dans la guerre russo-turque (1877), dans la guerre sino-japonaise (1894-1895) et surtout dans la guerre russo-japonaise.

L'unanimité des chirurgiens accepte et démontre que l'infection se produit *au moment même de la blessure*. Elle *domine* toute l'histoire de la chirurgie de guerre : cette infection diminue les effectifs des combattants dans une très grande proportion ; la durée du traitement d'une plaie infectée se calcule par des *mois*, elle se chiffrerait par des semaines si elle restait aseptique, elle est désastreuse, dans ses suites éloignées : cicatrices vicieuses, névrite, ostéomyélite chronique, qui en sont la conséquence. Elle provoque une *mortalité* directe de plus de 50 0/0. Rien n'est plus démonstratif à cet égard que l'étude des *amputations* des membres. Sur 1.000 amputés, dont nous avons relevé l'histoire à la Maison-Blanche et à Saint-Maurice, 800 doivent leur amputation à la seule infection, alors que leurs blessures n'étaient ni étendues, ni compliquées de blessures des vaisseaux ou des nerfs importants. Si l'on veut bien remarquer que nous avons actuellement 10.000 amputés, qu'un amputé de cuisse reste seul vivant sur 6, on comprend les ravages immédiats et tardifs qu'elle cause dans les rangs des blessés.

La précocité de la désinfection n'est pas, non plus, une notion nouvelle, elle a été réclamée dans la guerre russo-turque de 1877 par Reyher, chirurgien russe, qui donne des statistiques particulièrement éloquentes. Quand le traitement est commencé dans les douze premières heures qui suivent la blessure des articulations, la mortalité est de 13 0/0. Elle monte à 61,5 0/0 quand il est commencé plus tard. Les fractures compliquées, dont la désinfection est faite dans les douze premières heures donne une mortalité de 18,1 0/0 ou monte à 35,3 0/0 quand elle est commencée plus tard, si bien que la mortalité globale des plaies dans les douze premières heures est de 6,1 0/0 alors qu'elle s'élève à 32,1 0/0 quand le traitement est commencé après douze heures. Combattre cette infection est donc s'attaquer au plus redoutable fléau de notre guerre.

Quand et où devons-nous l'attaquer ? — Les très belles recherches modernes de la

Commission anglaise et dues à Wright, Watson Cheyne, Smith, Edmund et Basset ont précisé scientifiquement le fait : Quelle que soit la richesse de la flore microbienne, il faut considérer la *pullulation* des microbes et leur *diffusion* dans les tissus. Ce sont là les deux facteurs à préciser pour établir une thérapeutique rationnelle.

Pratiquement, deux facteurs : *multiplication* et *diffusion* marchent de pair d'heure en heure. La pullulation est peu importante. La diffusion dans les tissus est telle qu'en général après 48 heures, toute chance d'atteindre les microbes a presque disparu, alors que dans les 12 premières heures, elle est à peu près *certaine* et le plus souvent *possible*, dans les 24 premières heures. Bien entendu, il y a des exceptions et en quelques heures j'ai vu se développer des gangrènes gazeuses. Dans les ambulances de Sainte-Menehould, dans celles des Quatre-Vents et de Frévin-Capelle, j'ai vu des blessés amenés entre 2 et 10 heures après leurs blessures dont la température prise systématiquement à leur arrivée s'élevait toujours au-dessus de 38°, souvent jusqu'à 39°. L'infection était donc constituée. Carrel et ses élèves ont constaté cette même multiplicité et cette différence. Avec des moyens appropriés, on peut l'arrêter et l'éteindre complètement. (Il faut s'entendre sur ce point : Faire tomber la température n'est pas rendre la plaie aseptique, c'est prévenir la pénétration des microbes qui y sont contenus, mais localement, les tissus peuvent rester infectés.) Le laboratoire et la clinique démontrent donc que pour être efficace la désinfection doit être précoce.

Les services de l'avant, c'est-à-dire de cette zone qui va des tranchées de première ligne à la tête des étapes, sont pourvus de *postes de secours* régimentaires et divisionnaires et d'*ambulances immobilisées*, automobiles ou non, établies sous tentes, sous baraques ou dans des locaux aménagés à cet effet; elles sont distantes de 10 à 20 kilomètres de la ligne de feu. C'est là que doit se faire la désinfection de toutes les plaies, c'est là que doit être institué un *barrage* ne laissant passer, sauf en cas d'inondation, aucun blessé non désinfecté ; toutes blessures non désinfectées, petites ou grandes, qui le franchiront seront sous le coup de toutes les complications graves. On a bien créé ces postes, ils existent en grand nombre, mais ce sont trop de simples relais de pansement. La présence en ces lieux de chirurgiens de métier y est indispensable, mais leur matériel chirurgical, radiographique et antiseptique doit être complété et les chirurgiens doivent être bien pénétrés qu'ils jouent le rôle capital dans le traitement des blessés, qu'ils tiennent la pierre angulaire de tout l'édifice. Il y a trois zones dans les formations sanitaires : la première où on sauve la vie, la deuxième où on sauve le membre, la troisième où on le répare, mais elles sont d'importance différente et si la première fonctionne bien, les deux autres, et surtout la troisième, seront notablement allégées. Ce sont les premiers pansements qui ont le plus d'importance.

Si j'ai placé dans ces ambulances le centre de désinfection, c'est que depuis une année j'ai suivi les progrès dans l'évacuation des blessés de la ligne de feu et, grâce au nombre actuel de nos automobiles, si elles sont bien utilisées, nous pouvons facilement amener un blessé en *quelques heures* (2 à 10 heures) à ces centres sanitaires. J'ai vérifié le fait dans la 6e, dans la 3e et surtout dans la 10e armées. Déjà, nous avons fait des efforts considérables et couronnés de pleins succès pour opérer, c'est-à-dire pour désinfecter les plaies de l'abdomen ; Bouvier, mon élève Gaudrellier, puis Proust, Delanglade, Lucas Championnière fils, ont créé des postes de secours souterrains entre 800 mètres et 1.200 mètres de la ligne de feu ; je les ai vus à l'œuvre, ils ont des succès remarquables, mais pourquoi les blessés graves des membres, autrement nombreux et tout aussi dangereusement atteints, ne bénéficieraient-ils pas des mêmes avantages ? Ces installations ont des désavantages, mais créent un record et montrent ce que l'on peut obtenir.

Choix de l'antiseptique. — La technique de cette désinfection doit être méthodique et, jusqu'à l'heure actuelle, il n'existe, à cet égard, dans l'armée, ni doctrine, ni méthode.

1° Au poste de secours, formation qu'on a trop délaissée en la traitant de « poste d'emballage pour lequel suffirait un infirmier », que personne ne visite suffisamment, qu'on traite en « parent pauvre », qu'on laisse dans son trou, qu'on abandonne beaucoup trop et qui mérite, je vous l'assure, pour en avoir pénétré un grand nombre, plus de considération, et par le courage, et par l'ingéniosité de ceux qui l'habitent, et par les immenses services qu'ils peuvent rendre. De son premier pansement peut dépendre la vie ou la sauvegarde d'un membre. N'allez pas croire qu'un blessé ne fait que traverser ce poste de secours. Le jour, non plus sous les obus, mais sous les balles, j'en ai vu devoir y séjourner toute une journée et ne pouvoir être évacués même par les boyaux avant la nuit close.

Il y a une amélioration nécessaire à apporter et elle s'impose si nettement que nombre de nos collègues les ont perfectionnés.

La désinfection consiste là à nettoyer la peau à l'essence et à la teinture d'iode; la plaie est débarrassée des corps étrangers visibles, l'hémostase est faite par une pince ou même un garrot; une compresse imbibée de liquide de « Dakin » est placée à sa surface; elle est entourée d'une couche de coton cardé, d'une bande non serrée et le membre est immobilisé dans une gouttière.

Choix d'un antiseptique. — Il est bien démontré par tous les travaux récents et probants que de nouveaux antiseptiques doivent être recherchés ; chaque chirurgien a sa préférence et ceux dont nous nous servons généralement sont aussi nombreux qu'insuffisants, sinon nuisibles. L'agent antiseptique doit être un *microbicide* non ou peu cytolytique. Il faut, de plus, que cet agent ne soit pas neutralisé ou modifié par le sérum normal. C'est un des mérites de Wright, du Comité anglais, présidé par Watson Cheyne, d'avoir bien étudié expérimentalement les conditions du problème, d'avoir montré que les expériences sont insuffisantes et que la question microbicide se complique de la réaction tissulaire et cellulaire, et qu'enfin les phénomènes d'osmose et de modification du sérum normal peuvent jouer un grand rôle important. Ils ont aussi, avec un grand luxe d'expérience qu'on n'a pas encore égalé, étudié les vaccins, la méthode dite « physiologique » et les antiseptiques chimiques. Pratiquement, aucune application nouvelle n'est sortie de ces recherches. Wright, qui admet en fin de compte que la solution hypertonique d'eau salée a un pouvoir osmotique particulièrement favorable, reconnait lui-même qu'elle est impuissante contre la diffusion du streptocoque.

Non seulement l'agent, mais son *mode d'emploi* étaient à préciser. Pour ma part, je m'étais arrêté depuis le mois de novembre à l'hypochlorite de magnésie dont on m'avait conseillé l'emploi et qu'on fabriquait pour mes services d'hôpitaux. Nous avon suivi les recherches chimiques de Dakin et les résultats chimiques de Carrel qui avait commencé à travailler dans mon laboratoire de Beaujon et, actuellement, c'est à *l'hypochlorite de soude* combiné et employé suivant leur technique que j'ai en recours.

Les résultats obtenus dans la 6e armée, puis dans nos recherches à la 3e, puis à la 10e armée, ont été favorables.

Le liquide employé est la *solution-mère* étendue de 5 fois son volume d'eau ou simplement de l'eau de robinet. La puissance microbicide de la solution est suffisante pour la stérilisation de l'eau.

Technique à l'ambulance. — La température de tout blessé est prise, son état de shock noté et traité par des moyens encore insuffisants, chaleur, morphine, huile camphrée, décubitus la tête basse, sérum artificiel s'il y a lieu, transfusion sanguine s'il y a lieu. Espérons que d'ici peu on trouvera enfin un élément efficace de réaction. La *radiographie*, dès l'entrée du blessé, s'impose immédiatement. L'*anesthésie* à l'éther est préférable, même chez ceux que quelques gouttes de chloroforme suffisent à anesthésier. Le point capital, c'est la conviction pour le chirurgien qu'il accomplit là une intervention qui ne doit le céder en rien comme précautions, lavage des mains et gants aseptiques, à celles qui précèdent une laparotomie. J'ai trop vu de ces praticiens qui jugent leur valeur au nombre de leurs interventions. Il faut que cette satisfaction d'avoir fait 27 ou 43 opérations dans leur journée soit bannie de l'organisation et de la chirurgie d'armée ; ce sont les blessés et non les médecins qui sont à plaindre. Les trois premières opérations sont, comme je l'ai vu, correctes, les autres sont déplorables. Je sais, aussi bien que personne, les nécessités des nuits de combat, mais elles sont exceptionnelles.

La désinfection précoce des plaies comprend un certain nombre de temps et de facteurs : le *nettoyage de la peau*, la désinfection de la *partie superficielle de la plaie*, l'extraction des produits nocifs, la neutralisation des agents infectieux.

Le nettoyage de la peau est long, difficile. Beaucoup de patience et de précaution, la teinture d'iode et l'essence de pétrole en sont les deux meilleurs agents. Il faut avoir soin de protéger la plaie contre la pénétration des liquides de lavage à son niveau. La région est soigneusement rasée, puis lavée à l'alcool et badigeonnée à l'iode. La plaie, elle-même, est débarrassée avec précaution des corps étrangers qui sont à sa surface ou dans ses plis ; un jet de liquide de Dakin pénètre ses anfractuosités. Pendant tout ce temps, elle ne doit pas saigner.

L'exploration de la blessure est faite prudemment au stylet, sans contusion ni déchirure des tissus ; si elle est large, le doigt attentif est le meilleur agent d'exploration.

Le débridement consiste à inciser l'ouverture de la plaie, mais dans une étendue proportionnée à sa profondeur, et suivant une direction qui ménage les muscles, tendons et gaines, ce qui est trop souvent méconnu et peut provoquer des impotences fonctionnelles définitives. Il n'est pas besoin, à cette époque, de débridements démesurés, sauf en cas de gangrène et de tuméfaction notable. Il ne faut pas croire que l'efficacité d'une incision est proportionnelle à son étendue. N'oubliez pas qu'à ce moment la plaie est relativement peu infectée comme nombre de microbes, que, de plus, les agents infectieux n'ont pas diffusé dans les parties éloignées de la plaie, ils sont encore à fleur

de plaie ; une exploration brutale est le meilleur procédé pour hâter cette diffusion et la propager.

L'extraction des corps étrangers : débris vestimentaires, fragments de terre qui les accompagnent, les caillots, parties de muscles ou de tendons, projectiles, esquilles *complètement libres*, doit être faite avec une très grande attention. J'ai vu brutalement arracher des parties profondes des esquilles attirées dans un sens quelconque et déchirant les tissus à leur passage, les membres fracturés maniés sans précaution ; j'ai vu, même pour le cerveau, ces extractions faites sans tenir compte de la direction et du sens de pénétration des esquilles ou même sans jet d'eau comprimé ; ce sont là des pratiques déplorables. *Le débridement*, comme l'extraction des esquilles et de tous les corps étrangers, y compris les projectiles toutes les fois que l'opération ne sera ni assez pénible, ni assez compliquée pour compromettre la vie des blessés, demande autant de précision, autant de *scrupuleuse attention* qu'une opération chirurgicale quelconque. L'amputation d'un membre et même la vie d'un malade et toujours les *impotences fonctionnelles* consécutives sont très souvent les résultats de ces manœuvres brutales. Il en est de même pour la *régularisation des foyers*. Il faut s'en tenir à la suppression des parties nettement gangrénées ou libres, faire trop, c'est faire mal. Et après ces esquillotomies à outrance le membre sera trop souvent inutile, il est très regrettable que le manque de liaison qui existe un peu partout dans notre pays soit si manifeste dans notre service de santé. J'ai vu, et des meilleurs de nos chirurgiens de l'avant, complètement ignorants de ce que devenaient leurs blessés évacués à l'arrière, certains qu'après ces esquillotomies à outrance, leurs blessés allaient guérir et ils étaient fort étonnés quand je leur apprenais que six mois ou un an après, ils suppuraient encore. Le lavage très prudent au liquide de « Dakin » de toute la région ainsi mise à nu et de toutes ses anfractuosités, l'hémostase parfaite et absolument indispensable est réalisée. Telle est la *désinfection mécanique* avec la détersion des parties molles par l'hypochlorite de soude. C'est au mode de pansement qu'échoit la nécessité de la rendre permanente.

L'immobilisation du membre est un élément capital; elle doit être absolue, non compressive du foyer traumatisé, et à cet égard le plâtre à anse, toutes les fois qu'il est applicable, est la méthode de choix.

Pansement. — Ici c'est une petite révolution à faire. Le procédé que je vais décrire a été mis en pratique dans la 6e armée par Carrel dans le corps d'armée si remarquablement installé par M. le médecin-principal U..... et je l'ai expérimenté dans la 3e et la 10e armées. Nous n'avions jusqu'à présent qu'une directive : évacuer les liquides de la plaie. Maintenant, confiants dans le pouvoir antiseptique microbicide de l'agent employé, nous voulons au contraire le retenir au contact de tous les éléments de la plaie et comme ce contact le neutralise, notre but est de le renouveler incessamment. C'est le bain ou l'irrigation continue, mais rendue partielle dans les formations de l'avant. Voici comment M. Carrel a procédé : Des tubes de caoutchouc de 6 millimètres de diamètre, une poire d'injection de 10 centimètres cubes, du coton cardé stérile, une ou deux compresses et de l'hypochlorite préparé suivant la formule de Dakin, constituent tout le matériel nécessaire.

La plaie débridée, détergée, débarrassée des corps étrangers profonds, un tube de caoutchouc dont la longueur sera suffisante pour qu'il traverse tout le pansement sera placé au fond de la plaie, d'autres tubes seront placés dans toutes les anfractuosités profondes. Une compresse imbibée de la solution sera enroulée autour des tubes. Si la plaie anfractueuse a besoin d'être distendue, une compresse à plat sera étendue sur la plaie.

Une lame de coton cardé stérile ordinaire entourera la plaie et le membre, en laissant passer à travers un orifice très petit, le tube de caoutchouc qui, ainsi, pénètrera par son extrémité profonde dans la plaie et par l'autre pendra à l'air libre. Une bande, *non serrée*, maintiendra le tout.

Par l'orifice libre du tube on injectera, toutes les deux heures, au moyen de la poire de caoutchouc, 5 à 10 centimètres cubes de liquide de « Dakin », suivant les dimensions de la plaie. Instillation continue.

Le coton sera changé avec précaution chaque jour, un liquide gommeux, absolument clair, s'écoule de la plaie, vous n'avez ni suppuration, ni odeur. Lorsque la température est depuis quelques jours normale et la plaie en parfait état, vous en rapprocherez les bords par un adhésif et vous les verrez se réunir.

Les résultats de cette désinfection, dont la précocité est un élément capital sur lequel j'ai depuis longtemps insisté, je les ai vus dans bien des ambulances de la 6e armée, j'ai cherché à les obtenir dans une ambulance de la 3e armée; une première série, dans laquelle la technique n'avait pas été observée, m'a donné un échec partiel ; une seconde série portant sur les blessés de l'Argonne, c'est-à-dire sur les larges délabrements musculaires et articulaires et sur ces plaies multiples si graves provoquées par les crapouillots et que Devraigne a décrites, m'a donné des résultats *remarquables*. L'absence de suppuration et le maintien de la température à la normale ont été la règle. Il y a donc là un progrès important, il est loin d'être définitif ; la précocité de la désinfection n'est pas toujours possible. Dans les 24 premières heures, l'affluence des blessés par milliers ne permet pas son application générale ; de même certaines infections rapides gangréneuses, qui se font en quelques heures, échapperont à notre action. La pénétration du liquide dans la partie la plus profonde d'une plaie ou de toutes les plaies longues et anfractueuses, quelquefois par dizaines que présente un blessé, ne sera pas réalisable. Le maintien de cette désinfection précoce dans les différentes formations sanitaires que devra parcourir le blessé, nécessite une organisation de ces services, que nous avons instituée à Bar-le-Duc.

Un Hôpital canadien français pour la guerre

Notre directeur, M. le Dr Lucien Graux, a reçu la lettre suivante :

« *Tent Hospital Shorncliffe (Angleterre)*.

« Monsieur le Directeur,

« Nous venons de recevoir la *Gazette Médicale de Paris* du 21 juillet dernier. Les officiers de l'Hôpital No 4 Canadien-Français me prient de vous remercier et pour l'envoi gracieux d'exemplaires de votre journal et pour votre note qu'il contient : « Un hôpital canadien-français pour la guerre. »

« Il vous sera, sans doute, agréable d'apprendre que notre hôpital est maintenant plus considérable, le Gouvernement canadien nous ayant envoyé quatre nouveaux médecins-officiers : les capitaines Forgues, Petitclerc, Gauthier et Lafleur. Comme personnel subalterne, notre hôpital compte 135 infirmiers ainsi que 35 infirmières.

« Notre hôpital a été donné, comme il vous sera encore agréable de l'apprendre, à la France par le gouvernement canadien. Nous espérons être à la disposition de vos blessés dans quelques jours. Nous pourrons facilement prendre charge d'un hôpital militaire de 500 à 700 lits.

« Veuillez agréer, etc.

« François de Martigny (C.-A.-M.-C.), « *major* ».

REVUE CLINIQUE

Appendicite grave produite par un calcul médicamenteux de carbonate de bismuth Auto-Observation

Par M. Et. Barral

Il y a peu de temps, à la *Société de Biologie*, M. Et. Barral rapportait la très intéressante auto-observation suivante :

« Le 28 mars 1913, j'ai eu brusquement une hémorragie intestinale grave provenant d'un ulcère du duodénum. Cet ulcère, dont je souffrais depuis plusieurs années, avait pour origine une intoxication chronique par l'oxyde de carbone.

« Le diagnostic établi, le traitement classique a été institué, avec du carbonate de bismuth à haute dose et du lactate de calcium. Pendant les six premières semaines, j'ai absorbé, par jour, entre 20 et 12 grammes de carbonate de bismuth ; puis, en diminuant, 8 à 4 grammes par jour pendant deux mois, enfin une prise de 4 grammes tous les deux ou trois jours.

« Six mois après l'hémorragie, le 28 septembre, après quelques jours de diarrhée, j'ai été pris subitement d'une appendicite suraiguë avec péritonite. M. le professeur Bérard, qui m'a opéré, a fait l'ablation d'un appendice volumineux, sphacélé, perforé par un calcul de couleur ardoisée.

« Ce calcul, qui avait d'abord la forme et la longueur d'un gros noyau de datte, a été conservé dans l'alcool pendant deux mois, puis séché à l'air libre jusqu'à ce qu'il ne perde plus de poids. Pendant la dessiccation, il s'est un peu ratatiné, sa surface est devenue gris brun avec quelques petits nodules jaunes.

« Le calcul sec, fusiforme, long de 15 millimètres, épais de 5 millimètres, pesait 0 gr. 3655. Sur la section, faite suivant un plan passant par le grand axe, on voit une série de couches gris ardoisé alternant avec des couches blanchâtres contenant des petites masses blanches de carbonate de bismuth.

« Il est formé de deux parties : 1° un noyau central occupant les deux tiers du calcul, ayant la forme d'un ellipsoïde de révolution, dont l'axe fait un angle d'environ 20 degrés avec l'axe du calcul ; 2° une partie périphérique plus allongée, plus friable, dont les couches concentriques s'exfolient assez facilement.

« Dans tout le calcul, surtout dans le noyau central, existent de nombreuses vacuoles ; l'une d'elles occupe le centre. Ces petites cavités géodiques paraissent provenir de la résorption de substances (probablement organiques) entraînées par le carbonate de bismuth dans l'appendice.

« L'analyse chimique de l'une des moitiés du calcul m'a montré qu'il est formé d'un mélange de sulfure et de carbonate de bismuth, avec des matières organiques, albuminoïdes et stercorales. Le noyau central renferme du bismuth dans la proportion de 69,5 p. 100, exprimé en carbonate.

« Le cas me paraît d'autant plus intéressant au point de vue clinique, que l'appendicite a été presque foudroyante, sans que rien ne puisse la faire prévoir. Le médecin doit donc avoir présent à l'esprit cette grave complication, qui peut survenir pendant ou après un traitement prolongé par le carbonate de bismuth.

« Je suis même persuadé que, non seulement le carbonate de bismuth, mais encore d'autres poudres insolubles peuvent constituer des calculs ou des noyaux de calculs de l'appendice. Si le fait n'a pas encore été signalé, c'est que les calculs de l'appendice sont bien rarement soumis à l'analyse chimique. »

Encore que ce ne soit pas la première fois que des accidents de ce genre soient signalés, la formation de calculs dus à l'ingestion prolongée de sels de bismuth et de calcium ne laisse pas de devoir retenir l'attention.

Le traitement de l'ulcère stomacal par les pansements internes à l'aide de poudres inertes est classique.

Le plus souvent, il ne semble présenter aucun inconvénient pour le sujet qui doit y avoir recours.

Il n'en est pas toujours ainsi, cependant. Chaque fois, en effet, et tel fut justement le cas pour M. Barral, qu'il existe un degré quelconque de parésie intestinale, chaque fois qu'il existe une stase des matières, la production de nodules minéraux plus ou moins considérables est à redouter.

La complication, pour être rare, demande à être surveillée. Il est facile, au surplus, de a prévenir par une médication convenable. Le Jubol, à cet égard, peut rendre les plus signalés services.

En raison de la propriété qu'il possède d'exciter les mouvements péristaltiques de l'intestin, il s'oppose à la stagnation des éléments minéraux dans un point localisé du tube digestif et ainsi ne permet point la production de calculs du genre de ceux ayant pénétré l'appendice cœcal chez le malade de l'observation rapportée plus haut.

Et c'est là une circonstance dont on ne saurait trop se souvenir chaque fois que l'on se trouve conduit à prescrire un traitement comportant l'ingestion plus ou moins prolongée de poudres insolubles, quelles que soit leur nature.

Comme le dit, en effet, très justement M. Barral, « non seulement le carbonate de bismuth, mais encore d'autres poudres insolubles peuvent constituer des calculs ou des noyaux de calculs de l'appendice. »

Il s'en suit donc que tout traitement nécessitant l'absorption regulière de poudres insolubles doit être accompagné systématiquement d'une cure de Jubol.

Ainsi seulement, en effet, l'on trouvera toute garantie contre le danger éventuel de ces crises appendiculaires d'origine médicamenteuse et dont la gravité et la soudaineté, comme ce fut le cas pour l'auteur de l'auto-observation ci-dessus rapportée, peuvent être des plus menaçantes.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement abortif de l'infection des plaies

On sait que toutes les plaies par éclats d'obus, de mines ou de grenades sont infectées. L'examen bactériologique pratiqué six heures après la blessure montre la présence, dans toutes ces plaies, d'une flore microbienne variée : aérobies ou anaérobies. Ces microbes sont en très petit nombre dans les premières heures, mais se multiplient ensuite avec une énorme abondance dans toute l'étendue de la plaie. Cette constatation montre que s'il est relativement facile dans les premières heures qui suivent la blessure d'enlever les microbes infectants par un véritable traitement abortif, cette opération devient de plus en plus difficile plus tard.

La première condition pour combattre l'infection est de supprimer les corps étrangers : éclats d'obus, débris de vêtements, etc... mais il est impossible souvent de faire l'ablation de très petites parcelles septiques placées dans les anfractuosités. Il faut également détruire les microbes qui ont déjà pullulé ; pour cela il est indispensable de se servir de substances antiseptiques et c'est à tort qu'on a récemment essayé d'en condamner l emploi au nom d'expériences de laboratoire très contestables. Assurément beaucoup d'antiseptiques ont un inconvénient qui est de provoquer une certaine irritation, surtout lorsqu'ils sont employés à une dose trop forte. Malgré cela, même ces antiseptiques irritants rendent et ont rendu d'énormes services en empêchant l'infection qui constitue le grand danger.

Il était utile de rechercher un antiseptique qui détruisît les microbes sans porter atteinte à la vitalité des cellules. C'est cet antiseptique que Carrel a étudié avec la collaboration de Dakin et pour l'emploi duquel il a fixé la technique ingénieuse : c'est l'hypochlorite associé à l'acide borique dans certaines proportions. Cette *solution de Dakin* se rapproche par sa composition de l'eau de Javel mais a sur elle cette énorme supériorité qu'elle ne contient pas de chlore libre ou d'alcali libre. *La solution de Dakin* doit être employée au sixième de la solution mère, ce qui donne une solution à 0,5 0/0. La solution est injectée dans toutes les anfractuosités de la plaie et, dans certains cas, on doit pratiquer une instillation continue avec un appareil compte-goutte analogue à celui qui est employé pour l'instillation rectale dans le procédé de Murphy. L'hypochlorite doit pénétrer dans toutes les anfractuosités de la plaie, il doit aussi s'y renouveler constamment parce qu'il se détruit au contact des matières protéiques. Pour l'instillation dans les tissus on se sert de tubes de caoutchouc de 6 millimètres environ de diamètre, percés d'un seul trou à un demi-centimètre d'une de leurs extrémités et habillés de tissu éponge. On peut placer divers de ces tubes dans les différentes anfractuosités. Il est très important que toute la plaie soit baignée par la solution et que la substance antiseptique soit constamment renouvelée. Pour cela, chaque heure ou toutes les deux heures, une quantité suffisante de liquide est injectée dans les tubes à l'aide d'une petite seringue si l'on n'a pas recours à l'instillation continue.

M. Carrel n'a pas seulement pratiqué le traitement abortif de l'infection en traitant des plaies récentes, il a encore pu désinfecter rapidement des plaies suppurantes et gangrenées et quand l'examen bactériologique a démontré que ces plaies sont devenues aseptiques, il a pu les réunir à l'aide de bandelettes adhésives et obtenir ainsi des cicatrices souples huit et quinze jours après la blessure.

Lorsque ce traitement est employé assez tôt avant la période de suppuration, il peut être véritablement abortif de toute infection.

Ce pansement antiseptique a l'avantage de n'être ni toxique, ni irritant, ni coûteux ; sa valeur réside non seulement dans la nature de la préparation employée, mais aussi dans la technique nouvelle qui en règle l'emploi.

REVUE DE CHIRURGIE

Phlegmon du pied volontairement provoqué par une injection de pétrole.

MM. Pozzi et Agasse-Lafont ont eu l'occasion de dépister un fait de ce genre antérieurement aux cas récemment publiés par M. Reynés. Ils avaient pu en faire une étude clinique, bactériologique et chimique très complète, qui confirme et enrichit par certains points la symptomatologie décrite par ce dernier.

De leurs observations et des faits antérieurement publiés ils concluent qu'un abcès, provoqué par le pétrole ou par quelque autre substance caustique analogue, offre un grand nombre de caractères différentiels que l'on peut classer, d'après leur valeur croissante, dans l'ordre que voici :

1° *Symptômes cliniques, qui font naître le soupçon.* — Ce sont l'insuffisance ou la bizarrerie des commémoratifs, l'absence d'ecchymose, alors qu'un traumatisme peut être invoqué par le malade ; l'aspect du pus grumeleux et présentant des fragments de tissus sphacélés ; la présence de bulles gazeuses, sans odeur, lorsque volontairement ou non, le malade s'est injecté de l'air en même temps que le liquide irritant.

2° *Symptômes bactériologiques, qui montrent l'origine caustique et non microbienne de la suppuration.* L'examen direct et les cultures révèlent qu'il s'agit de pus stérile, caractère paradoxal pour une inflammation à marche suraiguë. Ce signe d'ailleurs peut manquer, s'il y a eu contamination au moment de la piqûre ou surtout infection secondaire après l'incision.

3° *Symptômes chimiques qui imposent le diagnostic.* — S'il faut un odorat particulièrement exercé pour reconnaître l'odeur caractéristique, plusieurs heures après la récolte, on peut concevoir qu'un examen immédiat ait des chances de donner à tout observateur des renseignements précieux. D'ailleurs, la recherche chimique lèvera tous les doutes.

Une réserve cependant doit être faite ; il faut penser, pour ne laisser aucune hypothèse dans l'ombre, que même avec un examen chimique positif, une erreur d'interprétation est cependant possible.

Il est, en effet, indispensable de se demander si le malade n'a pas fait dans un but thérapeutique l'emploi d'un liniment ou d'une friction avec le liquide incriminé, car dans certains cas, l'application externe d'essence de térébenthine a pu provoquer de véritables phlegmons ; une suppuration de ce genre, d'origine accidentelle et non volontaire, pourrait présenter des caractères bactériologiques et peut-être chimiques assez semblables à ceux que nous avons décrits, pour être la base vraisemblable d'une accusation, qui serait cependant mal fondée.

Dans leur cas d'ailleurs aucun doute ne subsiste, car M. Pozzi fort de la certitude que lui donnait l'ensemble des examens clinique, bactériologique et surtout chimique, put obtenir les aveux du coupable.

Grosse tumeur de l'hypocondre gauche avec hématuries. A l'autopsie : Cancer du pancréas englobant l'uretère gauche

Par M. le Docteur GAYET

La difficulté de diagnostiquer exactement l'origine et la nature des grosses tumeurs de l'hypocondre est bien connue de tous les chirurgiens. Les procédés d'investigation les plus complets et les plus perfectionnés arrivent à nous permettre d'approcher de plus près la réalité, mais sans jamais nous donner la certitude. En fin de compte, le dernier mot revient à l'incision exploratrice de l'abdomen, et celle-ci peut même nous donner des renseignements incomplets. C'est ce qui s'est passé dans l'observation de mon malade, où seule l'autopsie a pu nous fournir la clef de l'énigme.

En clinique, rien n'est instructif comme les erreurs ; c'est pourquoi cette histoire compliquée m'a paru mériter de ne pas rester dans l'oubli.

Observation. — Ch..., âgé de 51 ans, tailleur à Lyon, entre dans mon service de Saint-Pothin le 13 janvier 1914, pour des douleurs de reins et des hématuries.

Comme antécédents héréditaires, rien de particulier. Personnellement, il a un passé pathologique très chargé. A l'âge de 15 ans, fièvres

paludéennes prises en Dombes. A 20 ans il paraît avoir eu la syphilis (confirmée par de nombreuses fausses couches de sa femme). A 30 ans l'influenza, qui lui a laissé des migraines fréquentes.

Depuis deux mois il a maigri et perdu l'appétit; il se plaint de lassitude de plus en plus marquée, avec anorexie, et depuis peu des vomissements. Ceux-ci, peu abondants, surviennent quelques heures après les repas, d'une façon très irrégulière; ils ont une odeur très prononcée, presque fécaloïde. Le malade y aurait remarqué parfois des aliments de date ancienne (une semaine).

Jamais d'hématémèse ni de mélœna. Il y a un mois, première crise de douleurs aiguës vers le côté gauche de l'abdomen et de la vessie. Il y a dix jours, deuxième crise de douleurs durant deux ou trois heures.

Urines troubles et sanguinolentes avec dépôt sableux.

A l'examen de l'abdomen, on est de suite frappé par l'existence d'une voussure prononcée, en dedans des fausses côtes gauches. Le thorax est élargi de ce côté. A la palpation on perçoit une masse dont les limites peuvent être facilement appréciées : elle atteint la ligne médiane à moitié chemin de l'appendice scaphoïde et de l'ombilic. Elle descend à gauche au-dessous de l'ombilic, à 3 centimètres environ, puis remonte obliquement en dehors vers les fausses côtes, qu'elle atteint vers le cartilage de la 10e côte. En bas, le bord de la tumeur est un peu tranchant, mais sans incisures. Au-dessus, on trouve un chapelet de nodosités du volume d'une noisette rappelant le foie clouté.

La percussion délimite une zone supérieure et postérieure de matité. En haut, la tumeur ne dépasse pas la 8e côte, en arrière la matité va jusqu'à 10 centimètres de la colonne vertébrale, et à partir de là il y a une zone sonore très nette. En avant on trouve encore une bande sonore qui traverse en écharpe la tumeur immédiatement au-dessous des fausses côtes.

L'insufflation par le rectum permet de reconnaître dans le flanc gauche, en dehors de la tumeur, tout le côlon iliaque et une partie du côlon ascendant, mais le côlon transverse ne se distend pas.

Par le palper bimanuel le ballottement est assez obscur, mais réel.

Cœur : rien d'anormal. *Poumons* : submatité aux sommets. *Système nerveux* : rien de particulier.

Etat général : malade très amaigri, pas de fièvre. La pâleur semble indiquer de l'anémie et fait penser à un leucémique. Aussi pratique-t-on l'examen du sang :

Globules rouges. 6 millions par millimètre cube
Globules blancs. 12.300 —

Formule leucocytaire :

Mononucléaires .... 2 p. 100
Polynucléaires .... 71 p. 100

On n'a pas trouvé d'éosinophiles.

L'examen des urines montre un dépôt abondant de fibrine avec quelques globules rouges. Les urines se sont rapidement éclaircies par le repos.

En raison des vomissements on veut éliminer l'hypothèse d'urémie par l'examen du sang :

Az du sang = 0,40 centigr.

Constante d'Ambard : 0,08. Elle est donc à peu près normale.

Cystoscopie. — Capacité vésicale à 160 grammes. Saillie prostatique assez marquée, vessie à colonnes. On place dans l'uretère gauche une sonde opaque et l'on en profite pour faire la radiographie.

Celle-ci indique que le rein n'est pas déplacé, mais ne montre aucun calcul. Il n'y a pas de rétention rénale; les urines, qui s'écoulent par la sonde urétérale, sont légèrement hématiques. La séparation des urines est faite au moyen d'une sonde dans la vessie pour recueillir les urines du rein droit. L'analyse chimique donne :

	Vessie (rein droit) Avant polyurie	Vessie (rein droit) Après polyurie	Rein gauche Avant polyurie	Rein gauche Après polyurie
	—	—	—	—
Volume.....	4 cc.	20 cc.	20 cc.	45 cc.
Urée 0/00..	36,48	25,80	8,32	11,52
Chlorure 0/00	8,77	7,20	3,60	3,86
Sucre (chlorhydrique)		9,20		1,80

Conclusion. — Rein gauche suffisant, mais fonctionnant moins bien que le droit, dans la proportion de moitié environ.

A l'examen microscopique, pas de microbe d'aucun côté.

Après ces examens multiples, à quel diagnostic pouvait-on songer ?

L'examen du sang, l'absence de bord tranchant avec des incisures, la situation trop élevée et médiane de la tumeur faisaient facilement éliminer la rate comme point de départ de la tumeur.

Il ne s'agissait pas d'une tumeur kystique, la consistance plutôt dure et bosselée n'était pas celle d'un kyste du pancréas, bien que la situation de la tumeur fût exactement celle de ces kystes, comme nous le faisions remarquer aux élèves du service.

L'hématurie nous faisait penser à une tumeur du rein, bien qu'elle fût peu abondante pour un néoplasme de pareil volume. Malgré l'absence de varicocèle, nous dûmes nous arrêter à ce diagnostic de cancer rénal ou peut-être pararénal, aux dépens de la capsule surrénale par exemple. La compression pouvait expliquer les symptômes digestifs

Le 21 janvier, opération. Sous anesthésie générale à l'éther, je pratique une incision le long du bord externe du grand droit, et le péritoine ouvert, je vois s'écouler un peu d'ascite. Je vois alors nettement la tumeur, qui me paraît englober l'estomac, l'épiploon gastro-colique et le côlon transverse. Je fais alors le diagnostic de cancer de l'estomac déjà très avancé ; impossible d'attirer les organes au dehors, ils semblent cloués dans une masse néoplasique.

Désirant faire quelque chose pour soulager le malade qui, depuis son entrée, vomissait absolument tout ce qu'il essayait de prendre, je pratique rapidement une jéjunostomie par la méthode de Witzel et je referme le ventre.

Dès le lendemain on commença à alimenter le malade par la sonde ; mais le hoquet persiste ainsi que les vomissements, il continue à s'affaiblir et succombe le troisième jour, le 24 janvier.

L'*autopsie* est pratiquée par M. Favre, interne du service. On constate l'intégrite de la plaie opératoire, l'absence d'hématome, le bon état de la jéjunostomie, dont les sutures tiennent parfaitement. L'épiploon est ramassé au voisinage de la plaie.

A première vue, on constate l'affaissement du tube intestinal grêle et du gros intestin, qui ne donnent pas l'impression d'une obstruction. Le grand épiploon, remonté et ratatiné dans l'etage sus-ombilical, est lourd, rempli de ganglions volumineux. L'estomac n'est pas dilaté, il contient environ 300 grammes de liquide. Foie et vésicule normaux. Mais toute la région sus-ombilicale, de la ligne médiane à la limite gauche du corps, est coupée par une masse volumineuse au milieu de laquelle on reconnaît les organes, mais il est impossible de les séparer sans couper en plein tissu néoplasique.

Les parois de l'estomac et du côlon transverse sont envahies jusqu'à la muqueuse exclusivement. L'épiploon gastro-colique et l'épiploon gastro-splénique sont bourrés de ganglions dégénérés. Le rein, un peu gros, est envahi, sur sa surface externe, par le néoplasme, au niveau du pôle inférieur, sur une étendue d'une pièce de 5 francs : il y a là un tissu lardacé, criant à la coupe, n'ayant pas encore pénétré la substance glandulaire. L'uretère, disséqué, se montre un peu dilaté à sa partie supérieure et présente, à 6 centimètres au-dessous du hile, un rétrécissement dû à la gaine néoplasique qui l'entoure sur 2 ou 3 centimètres. Les vaisseaux du rein subissent aussi cette compression. A la coupe, le rein est d'ailleurs congestionné, mais paraît sain. L'arrière-cavité des épiploons est libre d'adhérences et de produits pathologiques.

La masse centrale du néoplasme occupe donc exactement la place du pancréas, dont on ne peut retrouver trace, du reste, car il s'agit d'un tissu dur, criant sous le couteau, avec des points presque cartilagineux, ayant le volume d'une tête d'enfant. Il semble bien que l'on soit en présence *d'un cancer du corps du pancréas* ayant envahi secondairement la petite courbure et le rein gauche avec une infiltration du tissu cellulaire et des ganglions de la région, et propagation aux replis péritonéaux voisins à la face postérieure de l'estomac et du côlon transverse. La tête du pancréas n'était pas encore complètement envahie, ce qui explique l'absence d'ictère.

Le reste de l'organisme paraît sain.

En somme, si les lésions trouvées à l'autopsie permettent de bien comprendre les symptômes observés en clinique du côté de l'appareil urinaire et du tube digestif, il n'en est pas moins vrai que le diagnostic était presque impossible. Peut-être l'examen des selles aurait-il permis de déceler quelques troubles qui auraient attiré l'attention ; malheureusement, cet examen ne fut pas fait, non plus que les diverses réactions proposées en pareil cas et, du reste, fort infidèles. En l'absence de l'ictère qui est un signe ordinaire des tumeurs pancréatiques, surtout aussi volumineuses, en présence de l'hématurie qui nous orientait du côté du rein, l'erreur était à peu près fatale. Il n'y a pas lieu de beaucoup la regretter, toute opération était impossible, et la seule opération palliative à laquelle on ait pu songer était précisément celle que nous avons pratiquée : la jéjunostomie (1).

(1) Soc. de chir. de Lyon.

CARNET DU PRATICIEN

Dyspepsie des nourrissons par suralimentation dans l'allaitement maternel.

Diminuer la quantité de lait ingéré. Remplacer durant un temps variant d'une demi-journée à vingt quatre heures, suivant la gravité des troubles constatés, les tétées par des biberons d'eau bouillie.

Donner à l'enfant avant chaque tétée une demi-pastille de sinubérase délayée dans une petite quantité d'eau bouillie sucrée.

Continuer durant quelque temps après le rétablissement complet l'usage de la sinubérase.

Contre la tuberculose

Ordonner les pilules suivantes :

Creosote de goudron de hêtre.	3 grammes
Extrait thébaïque	25 centigr.
Iodoforme	50 centigr.
Baume de tolu.	2 grammes
Therebentine du mélèze.	2 grammes
Gomme adragante..........	1 gr 50
Gomme arabique............	3 grammes
Magnésie, environ.	6 grammes

Pour 100 pilules.

En prendre de 6 à 10 par jour, dans les intervalles des repas.

De plus instituer la cure de Globéol. 8 pilules par jour, à prendre au repas de midi et 4 comprimés de fiudine à chaque repas.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 50 000 exemplaires
Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J.-Rousseau
L'Administrateur-Gérant A. Geoffroy

Les Médecins et la Guerre

(Suite)

Les Décorés

LEGION D'HONNEUR

M. Capmas, médecin major de 1re classe à l'ambulance alpine 1/75.
M. Boni, médecin major de 2e classe, chef de service au 15e bataillon de chasseurs.
M. Cordier, médecin aide-major de 1re classe.
M. Damas, médecin major de 2e classe à l'ambulance alpine 1/75.

MÉDAILLE MILITAIRE

M. Sureau, médecin auxiliaire au 7e bataillon de chasseurs à pied, compagnie de mitrailleuses d'une brigade de chasseurs.
M. Castillon, médecin auxiliaire au groupe de brancardiers d'une division.
M. Lalanne, médecin auxiliaire au 1er régiment mixte de zouaves et tirailleurs (1er bataillon du 1er tirailleurs).
M. Vallée, médecin auxiliaire au 142e régiment territorial d'infanterie.
M. Vaulet, médecin auxiliaire au 120e régiment d'infanterie.
M. Bozellec, médecin auxiliaire au 15e bataillon de chasseurs.
M. Gillier, médecin auxiliaire au 2e régiment mixte de zouaves et tirailleurs.
M. Lévy Alvares, médecin auxiliaire au 5e bataillon de chasseurs.
M. Arraud, médecin auxiliaire au 52e bataillon de chasseurs.
M. Menétrier, médecin auxiliaire au 310e régiment d'infanterie.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

Médaille de vermeil. — M. le médecin major de 1re classe Bertrand.
M. le médecin major de 1re classe de réserve Collet.
M. le médecin major de 1re classe de l'armée territoriale Gandar.
M. le médecin major de 2e classe Anglade.
M. le médecin major de 2e classe Varatges.
M. le médecin major de 1re classe Cot.
M. le médecin major de 2e classe de l'armée territoriale Gaston.
M. le médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale Vuillet.
M. le médecin aide-major de 1re classe de réserve Treille.
M. le médecin major de 2e classe de l'armée territoriale Loizel.
M. le médecin major de 2e classe de réserve Dagincourt.
M. le médecin major de 2e classe de l'armée territoriale Larrieu.
M. le médecin aide-major de 2e classe de réserve Corvisy.
M. le médecin aide-major de 2e classe de réserve Blanc.
M. Dibos (Pierre-Joseph), médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale, à l'hôpital complémentaire n° 19, à Châlons-sur-Marne.

(A suivre)

Les Médecins rapatriés d'Allemagne

Nous avons reçu la lettre suivante :

« Monsieur et honoré Confrère,

« Il s'est glissé une erreur dans le compte-rendu des médecins rentrés de captivité. Permettez-moi de la rectifier :

« Au 18 juillet 1915, sont arrivés à Lyon, venant de Saxe, après onze mois de captivité au camp de Zwickau :

« M. le Dr Deumier, médecin-major de 1re classe, M. le Dr Rounaet de Lugan, médecin-major de 2e classe ; M. le Dr Donzé, médecin aide-major de 2e classe ; M. le Médecin auxiliaire Luquet ; M. le médecin auxiliaire Gaudefroy.

« Malgré les 47 démarches officielles qu'ils adressèrent, on ne consentit pas à les libérer avant onze mois !... Leur emprisonnement fut complet. Ils avaient été, lors de la retraite de Lorraine, copieusement pillés et subirent toutes les avanies.

« Bien à vous.

« Dr Rounaet de Lugan. »

***

Officiers-sanitaires rapatriés le 25 septembre.

MM. Beloux (Jules), aide-major de 2e classe, 71e bataillon de chasseurs ; Bergeret (Antonin), médecin auxiliaire au 12e bataillon de chasseurs ; Blanc (Henri), aide-major de 1re classe, 5e amb., 15e corps ; Choquard (Emile), chef musique, 128e d'infanterie ; Deleuze (Emile), major de 2e classe, 240e d'infanterie ; Dizeur (Jb), médecin auxiliaire 159e d'infanterie, 14e corps ; Fenestre (Henri), aide-major, 2e classe ter., 21e corps ; Legler (Jb), aide-major de 1re classe, 42e division ; Malzac Henri), chef de musique de 3e classe, 2e corps, 85e d'infanterie ; Piechaud (Ferdinand), médecin auxiliaire, 57e d'infanterie ; Roques (Louis), chef de musique de 1re classe, 143e d'infanterie ; Saussine (Gédéon), aide-major de 1re classe, 61e d'infanterie ; Tison (Jacques), aide-major de 1re classe, 165e d'infanterie ; Vaquier (J.-B.), aide-major de 2e classe, groupe brancardiers divisionnaire.

LA MUSE DES TRANCHÉES

Le Bal de l'Arthritique

Sur l'Air des *Deux Gendarmes*
de G. Nadaud.

I

Cyrille et Claire, un beau dimanche,
Causaient en regardant danser ;
« Le rhumatisme étreint ma hanche »
— Disait le garçon très vexé —
« Dans quelques jours... c'est... la béquille !
« Et... vous irez vers mon rival ! »
— « Oh ! que non ! » répondit la fille } bis
« Mais prenez de l'Urodonal. »

II

— « L'U...ro...do...nal ?, dites-vous, Claire,
« Quel est cet élixir divin :
« Sans doute encor quelque chimère
« Que toujours l'on caresse en vain ?
« Est-ce un liquide ?... une pastille ?...
« ... Le triple extrait d'un rêve astral ? »
— « Ecoutez », répondit la fille } bis
« Ce que c'est que l'Urodonal .

III

« L'Urodonal, c'est le remède
Infaillible aux rhumatisants ;
« Qu'on soit Français ou... Samoyède
« Dès qu'on en boit, on a vingt ans :
« Le cœur frémit, le regard brille,
« Bonsoir l'Arthrite, adieu le mal !
— « Mais comment », répondit Cyrille, } bis
« Est donc fait cet Urodonal ? »

IV

— « C'est un cristal, plus blanc que neige,
« Qui, dans l'eau fond en se pâmant,
« On croit ouïr le bruit d'arpèges
« Que fait le grain mu dans un van ;
« Comme on le boit quand il pétille
« C'est un délice, un pur régal. »
— « Mais qui donc », répondit Cyrille, } bis
« Vous vanta cet Urodonal ? »

V

— « La Renommée aux mille bouches
« L'a consacré depuis sept ans :
« Il interdit les produits louches
« Qu'on offrait à nos grands-parents.
« Prenez-en donc, mon cher Cyrille,
« Nous ouvrirons le prochain bal ! »
Et l'amant, écoutant la fille, } bis
Fut chercher de l'Urodonal.

VI

Le « prochain bal » ce fut la guerre !...
Guéri, le garçon combattit.
Décoré sur la frontière
A son amante il écrivit :
« Grâce à vous, Clairette gentille,
« J'ai défendu le sol natal ! »
— « Grâce aussi, répondit la fille, } bis
Surtout grâce à l'Urodonal !

A. Douhin.

OFFICE MÉDICAL

Adresser toute la correspondance relative à l'Office Médical, 47, boulevard Saint-Michel, Paris.
Joindre un timbre pour la réponse.

810 — **Centre.** — Sous-préfecture, rec. 15.000 moyenne des dernières années, loyer 600, indemn. à déb. clientèle facile à developp.

813. — **Paris.** — A reprendre **Cabinet dentaire** bien situé dans quartier populeux conviendrait à médecin, rec. 18 à 20 000 touch. indemn. à déb. toutes facilités.

814. — **Oise.** — Clientèle avec rapport constant 15.000 touch. 2.500 fixes transmiss. dont chemin de fer, 2 méd., 4 pharm., indemn. 5.000, compt. à déb. peu exigeant.

815. — **Paris XVIIIe.** — A céd. noyau client. rapportant 4.000 fixes transmiss. rec. en plus 4.000, loyer 1.300, indemn. y compris matériel, 3.000 à deb.

818 — **Centre** — Préfecture importante, à reprendre cabinet d'oto-rhino-laryngologie, rec. 18.000, à développ. indemn. à déb. toutes facilités de paiement.

819. — **Eure-et-Loir.** — Poste à reprendre dans très jolie campagne, centre d'excursion, rec. 28 à 30 000 dep. nombreuses années, conditions avantageuses.

825. — **Loiret.** — Client. anc. très fidèle rec. 26.000 touch. dep. plusieurs années, indemn. à débat. peu compt. exigé.

827. — **Isère.** — A céder client. campagne rec. 8 à 10.000, poste de tout repos, indemn. peu élevée.

828. — **Indre-et-Loire.** — Après décès, client. de 8.000 à développ., à céder dans bonnes conditions, peu de frais.

832. — **Paris-Centre.** — Noyau client. en progress. à reprendre à des conditions avantageuses, rec. 12.000 à développ.

833. — **Lyon.** — Cabinet ancien et honorable de **voies urinaires** à céder, rec. 35.000 touchés même depuis la guerre, indemnité à débattre, toutes facilités.

835. — **Paris Ve.** — Après décès à céder **Cabinet dentaire** sur boulevard très passager, rec. 20.000, à reprendre dans d'excellentes conditions.

837. — **Station thermale connue.** — A céder client, de saison, rec. 10.000 touch. pouvant être developp. conditions avantageuses.

842 — **Manche.** — Dans jolie petite ville, pays de chasse, pêche, à reprendre client. de tout repos, pour reprise du bail et 600 fr.

843. — **Aube.** — Clientèle 20.000 touch. à céd. dans chef-lieu canton, titulaire accepterait la cession à l'essai, conditions avantageuses.

844. — **Remplaçant** demandé dans localité du Centre.

845. — **Docteur spécialiste** v. u. cherche cabinet sérieux Paris ou grande ville. verserait indemnité.

846. — **Docteur** au courant de la clientèle cherche **remplacement** Paris ou banlieue, peu exigeant.

847. — **Paris XIIe.** — A reprendre dans bonnes conditions client. sér. très transmiss. toutes facilités de paiement présent. à volonté. rec. 16.000 à développ.

848. — Veuve de chirurgien dentiste mort à la guerre, céderait **Cabinet dentaire** tout meublé, boul. Saint-Germain, rec. 12 à 15 000 prix de vente très modéré.

849. — **Docteur** prendrait poste fixe dans hôpital sanatorium, maison de santé. etc.

850. — Veuve de **Médecin dentiste** céderait de suite **Cabinet dentaire** tout meublé, clientèle superbe, 15 ans d'existence. rapp. annuel touch 35.000 facile à prouver, toutes facilités pour conditions de cession.

851. — **Docteur spécialiste** n. g. o., cherche remplacement à Paris.

853. — **Médecin réfugié** du Nord cherche à reprendre clientèle Paris ou banlieue immédiate.

856 — **Paris.** — Pharmacie sér. en plein rapport à céder, toutes facilités de paiement accordées à acquéreur sérieux.

857. — **Docteur** âgé cherche clientèle de tout repos dans le Midi, bords de la Riviera de préférence.

858. — **Paris.** — Après décès, à reprendre noyau de clientèle pouvant facilement être développée, toutes facilités de paiement.

859. — **Docteur** disposant capitaux cherche à s'intéresser dans **Maison de santé** ou **affaire paramédicale** sérieuse.

860. — **Etudiant en médecine**, 16 inscript. cherche remplacement, fait bicyclette, irait n'importe où.

861. — **Banlieue de Lyon.** — Clientèle de 1er ordre, sér. rec., 15 ou 16.000 touch., très transmiss., indemn. à déb., peu exigeant, présentat. à volonté.

862. — **Marseille.** — A reprendre affaire **paramédicale**, très bien située, belle installation, toutes facilités de paiement à acquéreur sérieux.

863. — Dans ville d'eaux, Cabinet de spécialité à céder (électricité médicale, rayons X). Bon rapport, affaire excessivement sérieuse.

864. — **Côte d'Alger.** — A louer meublé pour saison d'hiver entre Cannes et Nice. rez-de-chaussée avec jardin, 4 pièces dans villa. Prix : 900 fr.

865. — **Docteur** non mobilisable relativement jeune et actif recherche bon poste de campagne.

866. — **Médecin** marié sans enfant prendrait en pension Monsieur ou dame, élèverait enfant.

867. — Femme de pharmacien mobilisé cherche emploi secrétaire ou steno-dactylo chez médecin ou pharmacien.

Le Dr Perdrizet, médecin-chef au 100e régiment d'infanterie, secteur postal 48, serait reconnaissant à tous confrères, de retour d'Allemagne, pouvant lui donner des nouvelles exactes sur l'état de santé de son beau-père, le colonel du génie Pailla, interné à Plaszenburg bei Kulmbach (Bayern).

86e Année (Série XIVe) — No 272 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 24 Novembre 1915

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40 / 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

Sommaire du Numéro du 24 Novembre 1915

ÉCHOS

Nos amis.

Par décret en date du 27 octobre dernier, M. le professeur J. Vincent, médecin principal de 1re classe a été promu au grade de médecin inspecteur. *La Gazette médicale de Paris*, qui s'honore de compter M. le professeur Vincent au nombre des membres de son Comité de direction scientifique est heureuse de lui adresser ses plus vives et très affectueuses félicitations.

Toutes nos félicitations également à M. le médecin aide-major Bazy, chirurgien de l'ambulance chirurgicale automobile no 1 et fils de notre très éminent ami M. le Docteur Pierre Bazy, membre de l'Académie de Médecine et chirurgien de l'hôpital Beaujon, qui vient d'être l'objet de la citation suivante à l'ordre de l'armée :

M. le médecin aide-major Bazy, de l'ambulance chirurgicale no 1 : « Bien que dégagé de toute obligation militaire, s'est employé depuis le début de la guerre avec le plus grand dévouement dans les ambulances du front et y a fait preuve, notamment pendant le bombardement de Furnes, de qualités professionnelles remarquables et du plus beau courage. »

Nomination au grade de médecin aide-major.

Par décision ministérielle du 29 octobre 1915, l'article 27 de l'instruction relative à la nomination, à titre temporaire, pendant la durée de la guerre, au grade de sous-lieutenant ou assimilé, du 13 décembre 1914, complété par les décisions des 20 janvier, 9 juillet et 19 août 1915 est modifié ainsi qu'il suit :

Peuvent être promus médecins aides-majors de 2e classe, à titre temporaire pour la durée de la guerre, dans la mesure des vacances, sur leur demande, à condition d'être reconnus aptes au service armé et aptes à faire campagne, et par ordre de préférence :

1o Les docteurs en médecine diplômés d'une faculté de médecine française appartenant à l'armée active, la réserve ou l'armée territoriale, ainsi que ceux engagés volontaires pour la durée de la guerre et ceux dégagés de toute obligation militaire.

Aucune condition de service accompli dans l'armée active n'est exigée et les nominations pourront avoir lieu, que l'intéressé soit ou non incorporé. Les docteurs en médecine incorporés seront toujours affectés à une section d'infirmiers et seront immédiatement employés comme médecins dans les formations hospitalières de la région en attendant qu'il ait été statué sur leur demande de nomination qui devra être transmise d'urgence au ministre.

2o Les élèves de l'école du service de santé militaire et de l'école principale du service de santé de la marine, pourvus de 16 inscriptions de doctorat ;

3o Les étudiants en médecine, nommés au concours à l'emploi d'interne titulaire des hôpitaux dans les villes de faculté, justifiant qu'ils ont effectivement rempli cet emploi pendant une année au minimum et qu'ils sont pourvus de 16 inscriptions valables pour le doctorat ; ce nombre pourra être réduit à 12 pour les internes titulaires justifiant de plus d'une année d'exercice dans cet emploi.

Pour l'accomplissement de la durée minimum d'exercice, une année d'internat provisoire pourra entrer en ligne de compte en remplacement d'une année d'internat titulaire.

4o Les officiers de santé.

5o Les étudiants à seize inscriptions ayant toute leur scolarité.

6o Les étudiants à seize inscriptions, sans leur scolarité complète, mais ayant six mois de présence aux armées d'opérations et une citation à l'ordre sans distinction.

A titre exceptionnel, un diplôme de docteur en médecine délivré par une faculté étrangère pourra être admis dans les mêmes conditions qu'un diplôme français.

Les décisions des 9 juillet et 19 août 1915 sont abrogées.

Interdiction de sortie des publications médicales.

Par ordre du ministère de la Guerre prussien, il est interdit aux éditeurs de journaux et autres publications se rapportant à la médecine d'expédier à l'étranger, même dans les pays neutres, n'importe quoi en fait de gazettes, brochures ou livres de leur spécialité, « afin d'empêcher l'ennemi de profiter des méthodes curatives découvertes depuis le début des hostilités. »

Le syndicat des libraires médicaux a protesté contre cette mesure, en tant qu'elle s'applique aux pays neutres.

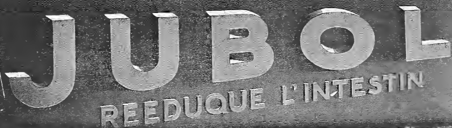
Charade, envoyée par un aide-major d'une ambulance :

Mon premier est d'une sombre gaîté
Mon second est très élastique
Mon troisième a aidé Dieu, lors de la création de [l'homme
Mon quatrième est un art
Et c'est grâce à mon tout que nous aurons la victoire.

Solution :

Mon premier est U, parce qu'U rit noir (Urinoir)
Mon second en RO parce que Ro..s'tend (Rostand)
Mon troisieme est DO parce que Do fit nez (Dauphiné)
Mon quatrième c'est NAL parce que l'art c'est Nal [(Arsenal)

Et mon tout est URODONAL notre sauveur,
Car c'est lui qui s'occupe de nettoyer le RHIN (Rein).



Le Professeur Charles Bouchard

Né à Mortier-en-Der (Haute-Marne) le 26 septembre 1837, le professeur Bouchard qui succombait l'autre semaine, avait commencé à Lyon ses études médicales. Après son internat, il était venu à Paris et rapidement y avait franchi tous les degrés de la hiérarchie médicale.

Devenu professeur agrégé en 1869, médecin des hôpitaux l'année suivante, il fut nommé en 1879 professeur titulaire de la chaire de pathologie générale qu'il occupa durant trente et une années.

L'œuvre médicale du professeur Bouchard est considérable.

Après de premières recherches où il montra l'identité de l'herpès urciné et de l'herpès tonsurant, M. Bouchard étudiait les lésions pellagreuses, puis entreprenait des recherches sur les dégénérescences secondaires de la moelle et sur les anévrismes miliaires.

Quelques années plus tard, il publiait son beau livre sur les *Maladies par ralentissement de la nutrition*. La publication de cet ouvrage marque une date. Peu de théories médicales en effet, ont été davantage fécondes que celle proposée par l'éminent maître et qui devait aboutir à la thérapeutique de l'augmentation des échanges, thérapeutique que réalise si parfaitement dans toutes les affections dues à l'uricémie et à l'oxalurie la cure par l'urodonal, ainsi que le montrait encore dernièrement M. le docteur G. Légerot, ancien professeur de physiologie générale et comparée de l'Ecole supérieure des sciences d'Alger.

Vers la même époque où il présentait cette théorie si séduisante, M. Bouchard commençait à s'occuper des microbes pathogènes dont le premier il montrait l'importance comme agents immédiats des diverses infections. Puis ce furent ses recherches sur les néphrites infectieuses, sur les poisons contenus dans les urines normales, ses belles recherches sur les auto-intoxications, celles sur la chimie de la nutrition poursuivies en collaboration avec son élève le professeur Desgrez, etc., etc.

En dehors de ces travaux nombreux et considérables, le professeur Bouchard a laissé d'importants ouvrages didactiques, notamment un *Traité de Radiologie médicale* et surtout son beau *Traité de Pathologie générale*.

Cette vie toute de labeur, naturellement, devait valoir à M. Bouchard des honneurs mérités.

Membre de l'Académie de médecine, membre de l'Académie des sciences dont il fut le président, président de la Société de Biologie, le professeur Bouchard avait encore été élevé à la dignité de grand-croix de la Légion d'honneur.

Les Médecins et la Guerre

(Nous déclinons toute responsabilité au sujet des erreurs qui pourraient se trouver dans cette liste).

Les Morts

M. Martin, médecin auxiliaire du groupe des brancardiers d'une division.

M. Edmond Salager, médecin aide-major de 2e classe.

M. Pacotte, médecin aide-major tué le 28 septembre.

M. Tritschler, médecin aide-major de 2e classe de l'ambulance 2/22.

M. Desandrés, médecin-major, mort au Val-de-Grâce le 22 octobre.

M. Lucien Deguiry-Darbens, médecin auxiliaire.

M. Hubert Boudier, médecin auxiliaire au 9e régiment de zouaves.

M. Pierre Fougeras-Lavergnolles, médecin auxiliaire.

M. Georges Léger, médecin auxiliaire au 53e régiment d'infanterie.

M. Troché, médecin-major.

M. André Royer, médecin auxiliaire dans un régiment d'infanterie.

Les Décorés

LEGION D'HONNEUR

Grand officier. — M. Chavasse, médecin inspecteur général, directeur général du service de santé des armées en opérations.

Commandeur. — M. Lafaye, médecin inspecteur, directeur du service de santé d'un corps d'armée.

Officier. — M. Casanova, médecin principal de la marine.

M. Rousseau, médecin en chef de 1re classe de la marine.

M. Carlier, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé d'un corps d'armée.

M. Petit, médecin principal de 1re classe, médecin-chef des étapes d'une armée.

M. Camentron, médecin principal de 2e classe, chef du service de santé d'une division.

M. Simon, médecin major de 1re classe, chef de l'ambulance 11/18.

M. Masson, médecin major de 1re classe, chef de l'ambulance 10/4.

M. Talayrach, médecin principal de 2e classe, chef du service de santé d'une division.

M. Quéhéry, médecin major de 1re classe, chef de l'hôpital d'évacuation n° 4.

M. Murie, médecin principal de 2e classe, chef de l'hôpital d'évacuation n° 18.

M. Eymeri, médecin principal de 2e classe, chef d'un centre hospitalier.

M. d'Audibert-Caille du Bourguet, médecin principal de 2e classe, chef du service de santé d'une division.

M. Lafforgue, médecin principal de 2e classe, chef du service de santé d'une division.

M. Adnet, médecin principal de 1re classe, chef du service de santé d'une division.

M. Sire, médecin-major de 1re classe au 117e régiment d'infanterie.

M. Touin, medecin principal de 2e classe des troupes coloniales, chef du service de santé d'une divison d'infanterie.

M. Huot, médecin principal de 2e classe, médecin-chef d'une centre hospitalier.

M. Boyé, médecin principal des troupes coloniales, chef du service de santé du commandement d'étapes de gare régulatrice.

Chevalier. — M. Vendeuvre, médecin-major de 2e classe au 7e régiment de marche de tirailleurs algériens.

M. Muguet, médecin aide-major de 2e classe au 16e régiment territorial d'infanterie.

M. Levy-Valensi, medecin aide-major de 1re classe à l'ambulance 15/20.

M. Varenne, médecin de 1re classe.

M. Dorso, médecin de 1re classe.

M. Bertand du Chazaud, médecin de 1re classe.

M. Le Maître, médecin de 1re classe.

M. Parrenin, médecin de 1re classe.

M. Gloaguen, médecin de 1re classe.

M. Peyraud, médecin de 1re classe.

M. Didry, médecin-major de 2e classe au 17e bataillon de chasseurs à pied.

M. Benoît, médecin aide-major de 2e classe au 12e bataillon de chasseurs alpins.

M. de Furst, médecin-major de 2e classe au 101e régiment d'infanterie.

M. Pironneau, médecin aide-major, de 2e classe, au 142e régiment d'infanterie.

M. Bonnet, médecin-major de 2e classe au 24e bataillon de chasseurs.

M. Carrive, médecin-major de 1re classe au 315e régiment d'infanterie.

M. Kelle, médecin aide-major de 1re classe.

M. Hornus, médecin-major de 2e classe des troupes d'occupation du Maroc.

M. Desandré, médecin aide-major de 2e classe de réserve au régiment de sapeurs-pompiers.

M. Blanche, médecin aide-major de 1re classe au 64e régiment d'infanterie.

M. Belmont, capitaine au 11e bataillon de chasseurs a pied : médecin de profession a demandé un emploi d'officier combattant.

M. Magnoux, médecin-major de 2e classe au 289e régiment d'infanterie.

M. Andrieu, médecin-major de 2e classe au 300e regiment d'infanterie.

M. Demerliac, médecin-major de 2e classe au 78e régiment d'infanterie.

M. Tapie, médecin aide-major de 1re classe au 50e régiment d'infanterie.

M. Blanchard, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales.

M. Navarre, médecin-major de 2e classe à l'ambulance d'une division.

M. Greignou, médecin-major de 1re classe au 52e régiment d'infanterie coloniale.

M. Garmer, médecin-major de 2e classe de la mission medicale française en Serbie.

M. Vallet, médecin-major de 1re classe service de santé du C. O.

M. Marque, médecin-major de 1re classe, bataillon du Cameroun.

M. Armeilla, médecin-major de 2e classe au 31e régiment d'artillerie.

M. Long, médecin-major de 1re classe au 167e régiment d'infanterie.

M. Rambaud, médecin-major de 1re classe d'une ambulance divisionnaire.

M. de Bovis, médecin-major de 2e classe d'un hôpital de la zone des étapes d'une armée.

M. Evrard, médecin-major de 2e classe au 4e régiment mixte de zouaves-tirailleurs.

M. Chavanne, médecin-major de 2e classe au 279e régiment d'infanterie.

M. Mahaut, médecin-major de 1re classe au 33e régiment d'infanterie.

M. Villa, médecin-major de 2e classe, chef de l'ambulance divisionnaire 2/13.

M. Gras, médecin-major de 1re classe, chef du groupe de brancardiers d'une division d'infanterie.

M. Marlier, médecin-major de 1re classe au 153e régiment d'infanterie.

M. Duméry, médecin-major de 1re classe d'une division de cavalerie.

M. Talabère, médecin-major de 2e classe, chef de l'ambulance d'une division.

M. Dehoey, médecin-major de 1re classe, chef du groupe de brancardiers d'une division d'infanterie.

M. Sousselier, médecin-major de 1re classe, chef du groupe de brancardiers d'une division d'infanterie.

M. Pigeon, médecin-major de 1re classe au 116e régiment d'infanterie.

M. Mendy, médecin-major de 1re classe au 8e régiment de tirailleurs de marche.

M. Boucarut, médecin-major de 1re classe, médecin chef d'une ambulance.

M. Dusolier, médecin-major de 1re classe, chef du groupe de brancardiers d'une division d'infanterie.

M. Guichard, médecin-major de 1re classe, chef du groupe de brancardiers d'une division d'infanterie.

M. Angue, médecin-major de 1re classe, chef du groupe de brancardiers d'une division d'infanterie.

M. Picon, médecin-major de 1re classe, chef du groupe de brancardiers d'une division d'infanterie.

M. Mialaret, médecin-major de 1re classe au 147e régiment d'infanterie.

M. Prat, médecin-major de 2e classe, au 217e régiment d'infanterie.

M. Savornin, médecin-major de 1re classe du service de santé des étapes d'une armée.

M. Geysen, médecin-major de 1re classe, service de santé du C. E. O.

M. Petit, médecin-major de 2e classe, mission médicale française en Serbie.

M. Baron, médecin-major de 1re classe, sous-secrétariat d'Etat du service de santé.

MEDAILLE MILITAIRE

M. Gatelliet, médecin auxiliaire au 140e régiment d'infanterie.

M. Souloumiac, médecin auxiliaire au 12e bataillon de chasseurs alpins.

M. R. Bidault, médecin auxiliaire à la 12e section d'infirmiers, groupe de brancardiers de corps.

M. Beynes, médecin auxiliaire à la 12e section d'infirmiers, groupe de brancardiers de corps.

M. Didier, médecin auxiliaire au 26e régiment d'infanterie.

M. Gelinaud, médecin auxiliaire au 175e régiment d'infanterie.

M. Poujade, médecin auxiliaire à titre temporaire au 59e régiment territorial d'infanterie.

M. Allaire, médecin auxiliaire du groupe divisionnaire de brancardiers.

M. Riser, médecin auxiliaire au 329e régiment d'infanterie.

M. Poulaud, médecin auxiliaire au 53e régiment d'infanterie.

M. Ill, médecin auxiliaire au 114e régiment d'infanterie.

MEDAILLE D'HONNEUR DES EPIDEMIES

Médaille de vermeil. — M. le docteur Guyot (Louis), médecin-chef de l'hôpital auxiliaire n° 27, à Calais.

Médaille d'argent. — M. Lenglet, médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale à l'hôpital temporaire du territoire n° 4, à Châlons-sur-Marne.

M. Sauvé, médecin aide-major de 1re classe de réserve à l'hospice mixte de Caen.

M. Pierrot (Marc), médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale.

M. Garnier, médecin major de 2e classe des troupes coloniales.

M. Bussière, médecin aide major de 1re classe des troupes coloniales.

M. Provotelli, médecin aide-major de 1re classe de réserve.

M. Sourdin, médecin aide-major de 1re classe de réserve.

M. Libert, médecin aide-major de 2e classe de réserve.

M. Imbert, médecin aide-major de 2e classe de réserve.

M. Walter, médecin major de 2e classe de l'armée territoriale.

(Voir la suite page VII.)

LES APPAREILS PLATRÉS « à pont »

dans les Fractures par projectiles de guerre

Par M. le Docteur Georges BENOIST
Médecin aide-major de 1re classe

Dans son *Instruction sur le traitement des plaies par armes à feu*, M. le Médecin inspecteur Chavasse, directeur général du service de santé des armées d'opération, s'exprime ainsi au sujet des fractures des membres et des appareils de contention :

« Le choix et l'application des appareils pour le traitement sur place des fractures,

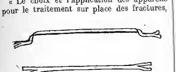


Fig. 1. — Tige de feuillard pour la confection des appareils

celles du membre inférieur en particulier, réclament beaucoup d'attention. L'ingéniosité des chirurgiens trouvera à s'employer pour la création d'appareils, permettant l'application facile des pansements, les appareils plâtrés ouverts (en gouttières ou en attelles) à valves fenêtrées, renforcées, en pont, etc., les appareils modelés en zinc, en aluminium constituent les meilleurs appareils de position et aussi de transport. Les gouttières ordinaires ne sont qu'un pis aller... »

C'est d'une part, pour nous conformer à cette instruction ; d'autre part, encouragés par les résultats obtenus et par l'approbation de M. le médecin-major de 1re classe Lair, médecin chef de l'ambulance, et de M. le médecin-major Proust, aux côtés de qui nous avons travaillé à l'ambulance 5e, que mon collègue, le médecin aide-major Ledroit et moi avons imaginé différents systèmes d'appareils plâtrés à pont, appareils d'une simplicité enfantine, reposant tous sur le même principe et pouvant être placés partout et par tous.

L'affluence des blessés à notre ambulance a été telle à de certains moments que nous



Fig. 2. — Appareil pour fracture de l'humérus au tiers supérieur

n'avons pu, à notre grand regret, immobiliser dans le plâtre, tous les fracturés avant leur évacuation. C'est pourquoi nous n'avons choisi que les plus gravement atteints, particulièrement les fracturés de cuisse, ceux souffrant beaucoup et ayant le plus intérêt à bénéficier d'une immobilisation immédiate. Nous avons pu cependant appliquer depuis quatre mois, quarante-cinq plâtres en pont, nombre suffisant pour tirer une technique et des conclusions de ce mode d'immobilisation.

Le principe de ces appareils consiste à placer aux deux extrémités du membre fracturé, *sur les saillies articulaires*, deux colliers de plâtre superposés, entre lesquels on enclave les bouts de deux tiges de fer plat, une antérieure et une postérieure, destinées à faire un pont rigide, au-dessus des plaies et permettant, par une large voie d'accès à cette plaie, d'y faire tous les lavages, drainages et pansements nécessaires, tout en conservant aux os fracturés une immobilisation suffisante.

Le matériel nécessaire pour la confection de ces appareils consiste simplement en :

1° Coton cardé en nappes pour empêcher le contact direct du plâtre avec la peau ;

2° Bandes de tarlatane plâtrées ;

3° Tiges de feuillard de fer, simple ou mieux étamé ou galvanisé, qu'on trouve dans le commerce, de 2 centimètres de largeur sur 2 millimètres d'épaisseur. Vous placez les deux premiers colliers directement sur le coton cardé, assez fortement serrés pour mouler parfaitement les saillies osseuses, articulaires, et pouvoir effectuer une traction continue sur le membre fracturé, sans que celui-ci puisse glisser à l'intérieur des bracelets, et le maintenir dans une posi-

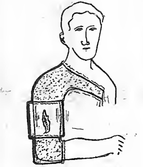


Fig. 3. — Appareil pour fracture du bras au tiers moyen

tion donnée ; vous le ferez remonter sur la diaphyse de l'os fracturé jusqu'à quelques centimètres du point extrême de la plaie la plus voisine. Le membre est alors mis en bonne position ; un aide fait l'extension, pendant que vous préparez vos anses de feuillard qui ont été préalablement coupées à la dimension voulue. Il faut d'une part que les extrémités des tiges viennent s'appliquer au milieu des colliers ; d'autre part, que la partie la plus élevée du pont se trouve au-dessus de la partie principale de la plaie ou au-dessus de la principale plaie s'il y en a plusieurs, vous placez aussi vos deux tiges de feuillard diamétralement opposées par rapport au membre. Il ne faut pas oublier de fendre légèrement au burin et d'écarter en V les deux extrémités du fer, de façon que celles-ci soient maintenues dans le plâtre, comme dans un véritable scellement. Puis, votre aide maintenant bien les deux tiges, le membre étant en bonne position, vous roulez rapidement vos deux derniers colliers de recouvrement, vous maintenez le tout pendant trois minutes, l'appareil est terminé.

Comme on le voit, le procédé est extra-rapide. Avec l'aide de deux infirmiers, dont l'un sait couper et tordre le fer, un appareil à pont pour grosse fracture de cuisse demande 30 à 35 minutes ; un appareil pour fracture de jambe ou de bras, un quart d'heure. Il a, de plus, l'avantage d'être propre, de ne pas souiller de plâtre toute une salle de pansement et enfin d'être peu coûteux.

Nous savons, en effet, qu'il a été imaginé et construit depuis le début de la guerre des appareils similaires tout faits, pouvant être placés extemporanément même sur le champ de bataille et par-dessus les vêtements, notamment les appareils en aluminium importés par les ambulances anglaises. Nous n'avons pu encore essayer ces appareils qui, paraît-il, donnent toute



Fig. 4. — Appareil pour fracture de l'avant bras au tiers moyen

satisfaction, mais il nous paraît peu probable que toutes les ambulances puissent en être dotées, tandis qu'on peut toujours trouver partout du feuillard et du plâtre.

Nous avons constaté chez tous nos blessés sans exception, plâtrés dans ces conditions, une cessation ou une diminution notable et immédiate de la douleur, dès le moment où l'on place le dernier collier plâtré. C'est cet avantage que le blessé apprécie le plus, surtout à l'heure du pansement ou lors de son évacuation.

J'ai fait, il y a trois mois, avec quatre



Fig. 5. — Appareil pour fracture du coude, du bras au tiers inférieur, de l'avant-bras au tiers supérieur

blessés plâtrés, un trajet de 1.500 mètres, sur un chemin rempli d'ornières et de pierres, dans une ancienne voiture d'ambulance à chevaux, aucun d'eux ne s'est plaint.

Il y a également une diminution presque constante de la température constatée chez plusieurs, le soir même de la pose de l'appareil ; une diminution de l'œdème, des phénomènes d'infection et de suppuration.

Chacun sait que la moindre mobilisation dans les fractures infectées, comme dans les lésions articulaires, détermine une hyperactivité du processus infectieux, manifesté

chez tous les blessés non immobilisés par une élévation de température les jours où on a fait leur pansement.

Indépendamment des avantages réalisés au profit du blessé, et qui sont primordiaux, ai-je besoin de rappeler qu'un membre immobilisé est, pour le chirurgien et ses aides, plus facile à panser qu'un membre de polichinelle ; que ce pansement exige moins d'aide, qu'il est plus rapide à faire et que le temps passé à confectionner un plâtre est rapidement rattrapé dans les pansements consécutifs.

Nous ne décrirons pas tous les modes d'appareils plâtrés en pont afférents aux



Fig. 6. — Appareil pour fracture de cuisse au tiers moyen et au tiers supérieur

diverses fractures : les figures ci-jointes indiquent suffisamment pour chaque cas le modus faciendi : l'essentiel, comme nous l'avons dit, *est de prendre un bon point d'appui sur les saillies articulaires et de faire le collier le plus large sur le fragment osseux le plus long*, de façon à laisser entre les deux colliers, juste l'espace nécessaire à la plaie, on obtiendra ainsi une immobilisation plus parfaite.

Il arrivera même, si la fracture siège à la partie extrême d'un os, dans le voisinage de l'articulation, qu'on ne pourra prendre point d'appui que sur le segment du membre voisin ; par exemple, sur la ceinture pelvienne, pour les fractures du grand trochanter, sur les os du tarse ou les saillies des



Fig. 7. — Appareil pour fracture de cuisse au tiers inférieur

métatarsiens pour les fractures de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe.

Evidemment, et c'est là une grosse objection que l'on a faite à nos appareils, on n'obtient avec les plâtres en pont qu'une immobilité relative et les fragments osseux auront toujours tendance à danser entre les deux colliers plâtrés. Nous ne prétendons pas, avons-nous dit, avoir une immobilité parfaite, impossible à réaliser, si on veut avoir un large accès à la plaie ; mais cette immobilité est suffisante, il nous arrive à chaque instant de placer pour la commodité du pansement le blessé complètement sur un côté, sans que celui-ci accuse la moindre douleur : une des deux tiges de fer arrivant toujours à faire attelle et l'extension forcée empêchant suffisamment le chevauchement des fragments osseux. Enfin, au pis aller, cette immobilisation ne pourrait être défectueuse qu'au moment où l'on défait le pansement, elle redevient complète quand celui-ci est de nouveau serré.

On a fait à l'appareil à colliers plâtrés la même objection qu'on fait aux appareils

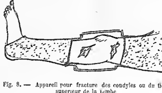


Fig. 8. — Appareil pour fracture des condyles ou du tiers supérieur de la jambe

plâtrés ordinaires : on a trouvé des abcès avec projectiles inclus renfermés sous des plâtres. On a vu des plâtres sales au bout de huit jours ; pleins de pus, sentant mauvais, coupant ou ulcérant la peau. Tous ces inconvénients peuvent être évités, quand on fait des pansements propres, et qu'on sait un peu manier le plâtre. A chaque pansement, il faut, après la toilette de la plaie, faire la toilette du plâtre, bien occlure les marques des colliers avec des bandes de

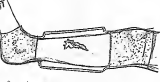


Fig. 9. — Appareil pour fracture de jambe partie moyenne

coton hydrophile qu'on remplacera à chaque pansement. Si le plâtre est taché, on le lavera avec un peu d'eau de Javel, ce qui aura, en outre, l'avantage de le rendre plus blanc.

Tous ces détails pourront paraître oiseux. ils sont pourtant utiles à connaître pour assurer la bonne conservation d'un plâtre, qui, parfois, devra être laissé en place plusieurs semaines.

Tous les blessés que nous avons immo-

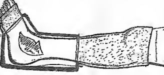


Fig. 10. — Appareil pour fracture des deux os de la jambe et pour fracture du tarse

bilisés sont partis de notre ambulance avec des plâtres en parfait état de solidité et de propreté, même après plusieurs semaines de séjour et de nombreux pansements.

La conservation d'un appareil plâtré sur une fracture ouverte qui suppure n'est donc pas chose impossible à réaliser.

Nous n'avons pas à nous occuper ici des raideurs articulaires, ankyloses, pseudarthroses, inclusions nerveuses, exostoses, atrophies musculaires consécutives à une immobilisation prolongée. Toutes ces affections sont du ressort de la chirurgie réparatrice, du massage de la mécanothérapie ; ce que nous voulons réaliser ici, c'est, suivant l'expression de M. le Médecin inspecteur Chavasse, *la conservation des membres poussée aux extrêmes limites*, pensant avec lui « qu'un chirurgien doit se faire bonneur non point des opérations mutilantes qu'il a pratiquées, mais de celles qu'il a évitées à ses blessés ». Or, l'immobilisation rationnelle et précoce nous paraît être un des principaux facteurs de cette conservation.

Conclusion.

Il y a donc intérêt à immobiliser d'une façon précoce les fractures ouvertes. Cette immobilisation outre qu'elle calme immédiatement la douleur dans le membre fracturé, rend les pansements plus faciles, moins pénibles pour le blessé, elle fait baisser la température, diminuer les phénomènes infectieux, fait disparaître l'œdème, etc., par suite détermine une amélioration rapide de la blessure, qui permet une évacuation plus rapide et plus lointaine.

Quant aux difficultés de pose des appareils, de leur maintien en bon état de conservation, elles seront vite vaincues par un peu d'habileté manuelle à manier le plâtre et par des précautions élémentaires de propreté.

BLESSURES DE GUERRE

Traitement des plaies articulaires du genou

Par M. le Docteur Victor PAUCHET
Médecin-major de Territoriale

La plaie articulaire du genou constitue une des lésions de guerre des plus graves et des plus difficiles à traiter. Le nombre d'amputations et de morts qu'elle provoque est formidable.

Le traitement chirurgical guidé par un esprit de décision pourrait sauver un grand nombre de vies et de membres.

Voici comment les choses se passent habituellement :

Un blessé atteint d'une plaie du genou arrive dans une formation sanitaire. Le genou est d'abord immobilisé dans une gouttière pendant deux ou trois jours; il reste en observation ou on l'évacue. La température monte. Le chirurgien fait une arthrotomie timide, c'est-à-dire une double incision de chaque côté de la rotule. L'infection continue. L'opérateur fait alors une contre-ouverture sous-tricipitale ou bien une ou plusieurs incisions postérieures; l'infection continue. Le chirurgien résèque le genou. L'état général est précaire. La température persiste. La cachexie s'accentue. De guerre lasse, on ampute la cuisse et le malade meurt. Cette histoire d'un genou correspond à un nombre considérable de cas.

A quoi tient la gravité des plaies du genou ? A ce qu'elles s'accompagnent généralement de lésions osseuses, fissures des épiphyses fémorale ou tibiale, éclatement des condyles, etc... Quand la lésion est produite par une balle de fusil ou de shrapnell les parties molles peuvent être seules en cause, il *peut* se faire que la lésion guérisse seule sans accident grave, mais le plus souvent les blessures sont faites par un éclat d'obus qui entraîne des débris vestimentaires et menace le membre d'une infection grave. Cette gravité est encore accrue par ce fait que le chirurgien manque de décision et que chacune de ses interventions est faite trop tard.

L'arthrotomie est faite alors que l'infec-

tion est déjà déclarée; la résection est faite quand l'arthrotomie a nettement paru insuffisante; enfin l'amputation est pratiquée comme dernière ressource, après de longues hésitations. Eh bien! chacune de ces décisions aurait dû être mise à l'exécution à une date plus précoce et plus opportune; à cette condition, on sauverait des vies et des membres en grand nombre.

Quelle est la conduite à tenir :

1° *Immobilisation, évacuation.*

Les formations de l'avant devraient être exclusivement réservées aux laparotomies, à l'arrêt des hémorragies et à la *vraie* immobilisation des lésions osseuses et articulaires. Les blessés devraient ensuite être envoyés en automobile à 30 ou 40 kilomètres *au moins* dans la formation d'où ils ne seraient *jamais évacués*, avant leur convalescence, surtout s'ils sont atteints d'une lésion de membre. Le fait de passer d'une main à l'autre aggrave le pronostic.

Pour immobiliser le genou, il faut faire un plâtre de coxalgie allant depuis la hanche jusqu'aux orteils (Calot). Cette immobilisation empêche souvent l'infection de se déclarer ou de s'aggraver.

Les gouttières et autres appareils métalliques sont des trompe-l'œil et n'ont jamais rien immobilisé. Il faut pour immobiliser les fractures ou bien placer, correctement un appareil de Delbet ou bien exécuter un énorme plâtre suivant les modèles donnés par Calot. (*Journal des Praticiens.*)

2° *Radiographie du genou.* — Il est indispensable de savoir s'il y a des lésions osseuses et des corps étrangers. Le service de radiologie dans les formations sanitaires a merveilleusement fonctionné depuis le début de la guerre. Sous ce rapport, les chirurgiens ont été admirablement secondés.

3° *Expectation armée.* — S'il s'agit d'une simple lésion des parties molles, si la plaie paraît légère, on peut tenter l'expectation avec simple immobilisation, mais en surveillant la température de très près pour ouvrir sur la moindre menace d'infection locale.

4° *Arthrotomie.* — S'il n'y a pas de lésions osseuses, mais s'il existe un épanchement articulaire ou bien si l'infection est légère on peut se contenter d'une arthrotomie à drains triangulaires; deux incisions latérales et verticales de chaque côté de la rotule et une troisième sous-tricipitale. Le drain transversal réunit les deux incisions latérales, les deux drains obliques unissent les deux incisions latérales à l'incision susrotulienne.

S'il y a des lésions osseuses, l'arthrotomie précédente est souvent insuffisante. Ne pas perdre de temps à la faire. Pratiquer l'arthrotomie transversale : incision en fer à cheval comme pour la résection. Couper le ligament rotulien et les deux ligaments latéraux, l'article bâille, enlever esquilles, etc... Pansements humides à la solution Dakin, au besoin l'irrigation continue.

5° *Résection.* — Celle-ci ne sera décidée qu'après l'incision transversale faite, soit que les lésions paraissent telles que la réparation demeure impossible ou l'infection osseuse certaine, soit que l'infection ait débuté, la suppuration grave, alors il faut réséquer d'emblée sans tergiverser. On sectionnera un centimètre de tibia, 3 ou 4 centimètres de condyles et on rapprochera avec un fil de bronze; 2, 3, 4 drains seront posés d'un côté et de l'autre. Un seul point de suture sur la peau. Ne pas attendre qu'il y ait infection pour faire une résection. Si on résèque à cause d'une infection, c'est inutile. Il faut réséquer si possible *avant l'infection*, sinon c'est l'amputation ou la mort. Souvent, les deux.

6° *Amputation.* — Si les lésions sont graves, si le tiers ou le quart inférieur du fémur est atteint, si l'infection apparaît en dépit d'une résection ou d'une arthrotomie large, il faut amputer et le faire très rapidement sans hésiter, sans traîner, sinon l'amputation entraîne la mort.

Pour être trop conservateur d'un membre, on ne conserve rien ni le membre ni la vie.

En résumé, le chirurgien le plus conservateur est celui qui dès le début prend une décision conforme à la lésion, et l'exécute séance tenante.

Les soins consécutifs sont d'une importance capitale. C'est une des raisons pour que le blessé ne change pas de mains.

LE TRAITEMENT DU TÉTANOS

Par M. le Dr Pierre LESAGE

Dans le cas de tétanos, même confirmé et aigu, d'excellents résultats aboutissant à la guérison complète ont été obtenus par le docteur L. de Montille, médecin aux armées, par l'emploi de la méthode de Bacelli, modifiée par lui.

Il préconise la formule suivante :

Phenol	1 gramme
Ether...............	Q. S. pour dissoudre
Huile d'olive stérilisée	10 grammes

Ce mélange donne plus d'innocuité au phénol, lui conserve son activité, diminue la dose nécessaire et restreint le nombre des injections dont on ne fait plus que une ou deux par jour dans les masses musculaires.

On peut injecter impunément de cette manière plus de 1 gr. 50 de phénol par jour, mais des doses six fois moindres peuvent, par cette modification atteindre le but.

Ce qui semble devoir être retenu de nos recherches, dit l'auteur, sont :

1° La grande *rapidité* avec laquelle le malade se trouve calmé (dététanisé);

2° La *simplicité* du traitement : 1 à 2 injections par jour;

3° L'*activité* de la minime dose employée. En effet la technique préconisée représente 0 gr. 20 de phénol par jour, au cas d'injection de 2 cent. cube — dose maxima, *pro die* — réduite à 1 cent. cube 1/2 et 1 cent. cube 1/3 au bout de quelques jours;

4° La *guérison, réelle* et *durable* qui ne tarde pas à se manifester 10 à 12 jours après le début du traitement dans les cas graves.

L'Extraction des Balles de la Vessie PAR LES VOIES NATURELLES

Par M. le Docteur F. LEGUEU
Professeur de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôpital Necker

Les balles de fusil et de mitrailleuse ont un calibre et une forme qui leur permettent d'être enlevées facilement, rapidement et sans opération par l'urètre.

Pour cela M. Legueu se sert d'un lithotriteur spécial qu'il a fait modifier dans ce but; l'instrument introduit dans la vessie par l'urètre, saisit la balle par sa pointe sous le seul contrôle du toucher et, en moins d'une minute, l'extraction est faite sans anesthésie. Un blessé quitta l'hôpital le lendemain et un officier supérieur qui depuis huit mois ne pouvait marcher, put rapidement reprendre son service.

Le plus difficile est de reconnaître que la balle est bien dans la vessie, où elle parvient d'une région parfois très éloignée du corps et où elle est souvent supportée pendant toute la durée de la cicatrisation de la blessure. Quand la radiographie montre une balle pelvienne, il faut faire deux plaques successives en changeant le blessé de place; la balle se retourne et montre par ce changement d'orientation qu'elle est bien dans la vessie; car seules les balles libres dans la cavité vésicale peuvent ainsi changer de place. La cystoscopie reste cependant l'exploration la plus utile pour obtenir sur la présence, la situation, la mobilité de la balle, l'état de sa surface, toutes les notions indispensables à l'extraction par les voies naturelles, qui reste la méthode la plus expéditive et la meilleure.

La Sclérose Utéro-Ovarienne
EN DEHORS DE LA MÉNOPAUSE

Par M. le Docteur GALAND
Ancien chef de clinique Médico-Chirurgicale de l'Institut de Somain, ancien médecin-divisionnaire des Mines

La sclérose utéro-ovarienne peut être définie : modifications profondes de la structure interne des organes utéro-annexiels produites par des troubles circulatoires répétés et progressifs.

Cette dégénérescence, qui partout dans l'organisme est la manifestation habituelle de la sénilité, se rencontre assez souvent au moment de la ménopause. Pourtant, elle est loin d'être rare pendant la vie génitale active et, à notre avis, elle doit occuper une place prépondérante dans la nosologie gynécologique.

L'utérus et les annexes sont le siège d'une circulation sanguine particulièrement riche; leurs fonctions multiples de producteurs de sécrétion interne en font le siège de poussées congestives physiologiques actives et passives régulières, qui expliquent la facilité avec laquelle peut s'établir la congestion chronique génératrice de la sclérose.

Pendant longtemps, les femmes qui en ont été atteintes furent soignées — après un examen superficiel, ou suivant telle prédominance symptomatique — soit pour une endométrite hémorragique ou leucorrhéique, soit pour de la dysménorrhée essentielle, soit pour une salpingo-ovarite, soit pour un déplacement de matrice ou un prolapsus de l'ovaire, soit pour de l'entérite muco-membraneuse, soit même comme une simple névropathie, etc.

Pourtant, les anciens gynécologistes ont décrit ce que nous appelons aujourd'hui les *pseudo-métrites.* « Beaucoup de ces engorgements de la matrice que l'on regarde comme inflammatoires n'ont rien d'inflammatoire au sens précis du mot : ce sont des désordres de nutrition, comme on en voit se former dans d'autres organes, à la suite d'une hypérémie de longue durée. » Telle est la description de Récamier, qui contient toute la pathogénie de la sclérose.

Ces observations passèrent inaperçues surtout pendant l'ère pastorienne où l'on expliqua toutes les lésions utérines et péri-utérines par l'infection et rien que par l'infection.

En 1886, Doléris publia son mémoire sur la *métrite* et la *fausse métrite* et établit d'une façon décisive la différenciation entre la maladie microbienne et les états pathologiques dus à des troubles de nutrition.

C'est Richelot qui posa le premier les bases réellement scientifiques de la sclérose utérine et ovarienne.

Cette affection est loin d'être rare et mal connue quoique elle passe souvent inaperçue surtout dans ses formes légères.

Le nombre des ovaires scléreux est estimé à 16 0/0 par certains auteurs; nous pensons que 30 0/0 des femmes qui se plaignent de leurs organes génitaux sont victimes d'altérations scléreuses localisées sur l'appareil utéro-ovarien tout entier, que cette localisation prédomine sur l'utérus ou sur l'ovaire.

Comme Roux de Brignolles, nous sommes d'avis que la *fausse métrite, l'infantilisme utérin, la dysménorrhée des jeunes filles, l'ovarite scléro-kystique,* ne constituent pas des entités morbides, des lésions isolées et distinctes les unes des autres, méritant une classification et une description particulières. Ils font partie d'un tout qui est la *sclérose utéro-ovarienne* et reconnaissent tous

une même étiologie et une même pathogénie.

Ne voulant étudier la sclérose qu'au point de vue de la thérapeutique médicale, nous nous contenterons de publier quelques observations typiques et nous insisterons sur le traitement institué :

Observation I. — Mme L..., 39 ans.

Réglée à 13 ans. Les règles ont toujours été douloureuses et irrégulières depuis leur apparition, et toujours elles ont été accompagnées de pertes blanches plus ou moins abondantes.

Mariée à 25 ans. Le mariage semble apporter une accalmie des symptômes douloureux. Les règles deviennent plus abondantes et plus régulières. Mais au bout de 2 ans, les phénomènes morbides réapparaissent et augmentent d'intensité.

La dysménorrhée s'accentue. Les douleurs deviennent presque continuelles avec des acerbations au milieu des espaces intermenstruels. Elles consistent en lourdeurs, coliques et névralgies, dans le ventre, les lombes et les cuisses. Parfois il y a du ténesme rectal ou vésical.

Une crise d'entérite muco-membraneuse nécessita un régime particulier et un traitement *ad hoc*.

A cette époque, des soins locaux (injections, pansements et cautérisations) provoquèrent une amélioration notable.

Peu à peu, la même symptomatologie douloureuse se réinstalla.

Je vis la malade il y a 18 mois. Elle était fortement déprimée et amaigrie, au point de ne plus faire sa classe.

Le spéculum montre un col gros et suintant. Par le toucher bi-manuel, on trouve un utérus gros, dur et légèrement douloureux. Les ovaires sont au moment de l'examen excessivement sensibles, surtout le gauche.

Il existe en outre des troubles nerveux, des troubles digestifs et un peu d'entérite muco-membraneuse avec de la constipation.

Le traitement institué fut local et général. Localement quelques pansements vaginaux et des injections de gyraldose désinfectaient le vagin et le col. En peu de temps la leucorrhée devient franchement glaireuse, indiquant la disparition de l'élément microbien infectieux.

Des toniques nervins, un régime et le repos améliorèrent la dépression nerveuse.

L'opothérapie ovarienne et mammaire (fandorine) fut ordonnée pour agir sur les troubles circulatoires utéro-ovariques.

Trois mois après, les règles n'étaient presque plus douloureuses, et notre malade reprit son service. Depuis, tous les mois, le traitement opothérapique est appliqué scrupuleusement pendant 15 jours.

Observation II. — Mlle D..., 28 ans. Son histoire pathologique est la même que celle de Mme L..., mais elle a été aggravée par des interventions thérapeutiques plus nombreuses. Tour à tour elle a été curettée pour une métrite hémorragique, mise en maison de santé pour troubles nerveux, envoyée à Plombières pour de l'entérite muco-membraneuse, etc.

Chez elle, nous trouvons un gros utérus, dur comme du bois, et l'ovaire gauche horriblement douloureux faisant prolapsus dans le Douglas. Le traitement fondamental est encore l'opothérapie ovaro-mamellaire (fandorine), avec comme variantes de l'air chaud et du massage gynécolgique.

En quelques mois, la vie active fut rendue à une infirme, qui désespérée allait recourir au chirurgien pour une extirpation totale.

Observation III. — Mme E..., 25 ans. Mariée depuis 6 ans. Aucune maladie jusqu'à un an après son mariage.

En ce moment apparition de pertes blanches ; les règles diminuèrent en quantité mais devinrent très douloureuses. Vint me consulter il y a un an pour des troubles digestifs (estomac et muco-membranes). Elle était décidée à subir une opération préconisée par un chirurgien, devant redresser et fixer la matrice. A l'examen, nous trouvons un utérus en antéflexion très prononcée. Son volume était réduit de moitié ; il était dur, sec. Nous ne pûmes jamais introduire une laminaire aussi mince fut-elle. Les ovaires étaient petits ainsi que les trompes presque imperceptibles.

Le seul traitement institué fut l'opothérapie, pendant 6 mois (fandorine) et des injections de gyraldose. La matrice semblait grossir et se redresser sous le doigt, à chaque toucher bi-manuel on la sentait plus grande et plus molle. Les règles devinrent normales, lorsqu'elles furent supprimées brusquement au 7e mois. Ce fut la grossesse tant attendue et tant désirée.

Observation IV. — Mme A..., 24 ans. Mariée depuis 4 ans. Forte femme, de 1 m. 70 et 80 kilos. Désolée de ne pas avoir d'enfant, elle me prie de guérir sa stérilité.

Réglée à 14 ans. Dysménorrhée depuis la formation ; mais cette affection ne l'empêche pas de se porter superbement. A l'examen bi-manuel on trouve un petit utérus microscopique dur et sec. Le spéculum laisse voir un col percé d'un trou d'aiguille représentant le méat utérin. Je place, avec peine, une laminaire filiforme. Elle provoque des douleurs horribles d'expulsion et ma malade préfère renoncer au traitement plutôt que d'accepter à nouveau ce moyen thérapeutique barbare.

J'ordonne l'opothérapie ovaro-mamellaire (fandorine). En deux mois disparition de la dysménorrhée, augmentation de volume de la matrice, et il y a quelques jours constatation d'une grossesse au 3e mois.

Ces quatre observations ont fait défiler toute la symptomatologie de la sclérose utéro-ovarienne, ainsi que son étiologie.

Dans le IVe cas nous trouvons un *utérus infantile*, chez une femme grosse, qui cause et la stérilité et la dysménorrhée. C'est le type classique décrit par les auteurs chez lequel les fonctions d'ovulation et de sécrétion interne sont en déficit depuis l'apparition des règles.

L'observation III nous montre une sclérose atrophique dont l'évolution semble avoir son point de départ après une légère infection vaginale. Elle aurait pour ainsi dire déclanché le processus scléreux qui sommeillait avant le mariage.

Nos deux premières malades au contraire étaient atteintes de ce qu'on appelle : la *fibromatose utérine* caractérisée par une hypersécrétion glaireuse ou par des ménorragies à répétition. Les lésions utéro-annexielles se sont développées en dehors de toute infection, et ont eu une marche ascendante jusqu'au jour où l'on appliqua le véritable traitement physiologique. Elles présentent un tableau morbide complet. Troubles circulatoires, troubles de la sensibilité dans les petits bassins ; réactions sur les appareils variés (ténesme, entérite) ; altération des fonctions générales ; troubles nerveux, etc.

La prédominance de certains d'entre eux, fait souvent hésiter le diagnostic, les signes locaux étant parfois négatifs ou mal interprétés.

De la connaissance des facteurs étiologiques et pathogéniques de la sclérose découle forcément le traitement. Nous savons et la clinique, l'anatomie pathologique nous l'ont enseigné, que les congestions du petit bassin favorisées par les fonctions mêmes des organes génitaux, sont les facteurs de l'affection.

Il s'agit donc de régulariser la circulation sanguine déviée le plus souvent par une hérédité chargée : chez les jeunes filles ou jeunes femmes arthritiques, tuberculeuses ou nerveuses. Tous les auteurs sont unanimes à admettre que l'évolution de la sclérose ne se fait que sur un terrain favorable mais que d'autres agents pathogéniques peuvent en hâter ou en retarder l'apparition des accidents.

Le meilleur et le plus efficace moyen de combattre les congestions passives ou actives, est l'organo-thérapie.

L'administration des extraits d'ovaires et de glandes mammaires (fandorine) dont l'action synergique sur la circulation utéro-annexielle fait disparaître vivement les deux symptômes les plus pénibles : la douleur, la leucorrhée ou la ménorragie, constitue dans notre pratique la base thérapeutique du traitement de la sclérose.

Contre la congestion nous employons aussi, suivant les indications : la gymnastique spéciale décongestive, les injections à 45-50°, l'air chaud.

Contre l'arthritisme, un régime alimentaire, l'urodonal, l'électricité et, chez les femmes atteintes de vaginite ou de métrite du col, une thérapeutique active sont indiqués : les pansements, cautérisations, injections vaginales antiseptiques (gyraldose) assureront la désinfection des organes génitaux externes. Le massage gynécologique est à recommander lorsqu'il y a un déplacement d'ovaire ou des adhérences péri-utérines.

Il nous a semblé que l'emploi systématique des extraits organiques (fandorine) renforcé par une thérapeutique générale et locale, suivant indications, peut rendre d'immenses services dans la sclérose utéro-ovarienne, soit à la période congestive, soit à la période de sclérose établie ; et l'on éviterait ainsi de nombreuses interventions sanglantes, qui ne soulagent pas souvent, mais qui privent à jamais les femmes de leurs organes de reproduction et de sécrétion.

SUR L'UTILISATION DES AMBULANCES

Par le Docteur RAOULT-DESLONGCHAMPS

Médecin-major de 1re classe

Le nouveau règlement qui a transformé les anciens hôpitaux de campagne en ambulances et porté leur nombre à seize par corps d'armée et à cinq par division de réserve, a mis à la disposition du Service de Santé environ cinq cents ambulances. Ces formations, comprenant six médecins et trente-six infirmiers, immobilisent donc trois mille médecins et dix-huit mille infirmiers, six mille homme du train et huit mille-cinq-cents chevaux.

Or, il n'est pas douteux que depuis le début de la guerre actuelle, les ambulances n'ont pas rendu les services qu'on était en droit d'attendre et de leur nombreux personnel et du beau matériel qui constitue leur approvisionnement.

Cette situation est due à plusieurs causes : tout d'abord un ancien professeur de chirurgie d'armée, au Val-de-Grâce, qui a prouvé qu'il était le médecin connaissant le moins la chirurgie d'armée, avait fait proclamer par l'Académie de Médecine que toutes les interventions sur les plaies de guerre étaient nuisibles, et de ce fait, le premier pansement était fait ou par les brancardiers

ou au poste de secours ; l'ambulance devenait tout à fait inutile. L'expérience a montré les désastres causés par cette abstention systématique. Mais d'autres motifs plus sérieux ont contribué à maintenir l'inactivité des ambulances : c'est tout d'abord l'extension en profondeur du champ de bataille. L'artillerie fouillant toute agglomération à cinq et six kilomètres en arrière de la ligne de combat, c'est exposer des blessés à être blessé plusieurs fois que de les maintenir dans des formations à proximité de la ligne de combat ; c'est aussi l'utilisation de nombreuses voitures automobiles, qui permettent le transport rapide du blessé du poste de secours à un centre où il trouvera tous les soins que nécessite son état, dans de bien meilleures conditions qu'à proximité du champ de bataille.

Pour toutes ces raisons, les ambulances ont rendu peu de services, et la plupart des blessés et des malades sont passés directement du poste de secours à l'hôpital d'évacuation.

Est-ce à dire que les ambulances sont inutiles et qu'on doit les réserver seulement pour fonctionner à la suite d'une armée progressant en pays ennemi ? Il n'est pas douteux qu'à ce moment elles auraient une grande utilité, mais leur nécessité ne serait pas moins grande dans les conditions actuelles, si on les utilisait pour former des centres médico-chirurgicaux à proximité des hôpitaux d'évacuation.

L'hôpital d'évacuation est une formation qui a une importance primordiale. Son rôle est à la fois de maintenir les effectifs et de débarrasser l'armée de ses déchets. C'est un filtre qui ne doit laisser passer que les matières usées, mais à certains moments le filtre s'encrasse par la trop grande rapidité de filtration, et il est exposé à évacuer ou des malades peu graves qu'un bref séjour dans un dépôt d'éclopés aurait suffi à remettre sur pied, ou des malades trop graves qui verront leur affection très aggravée par un long voyage en chemin de fer.

Si à proximité de chaque hôpital d'évacuation était constitué avec des ambulances un centre médico-chirurgical, l'hôpital d'évacuation disposerait d'un grand nombre de lits pour les malades et blessés qui lui arrivent ; ceux-ci pourraient être observés quelques jours, subir dans les meilleures conditions les interventions utiles, et le médecin-chef de l'hôpital d'évacuation aurait toute facilité pour régler ses évacuations en n'envoyant à l'intérieur que des hommes réellement malades et des blessés en état de supporter le transport, tout en retenant au dépôt d'éclopés ceux qui seraient rapidement en état de reprendre leur service.

Cette constitution de centres médico-chirurgicaux avec les ambulances, permettrait l'utilisation de toutes les spécialités ; telle ambulance qui a un oculiste recevant les maladies des yeux, telle autre qui a un stomatologiste recevant les cas de cette spécialité, telle ambulance recevant les fractures, telle autre les plaies du crâne, telle autre les plaies du thorax et de l'abdomen, telle autre, enfin, les maladies contagieuses. Il serait facile d'adjoindre à chacun de ces centres une installation qui ferait la stérilisation pour toutes les ambulances chirurgicales et une voiture radiologique à la disposition de toutes les ambulances. Le malade ou le blessé trouverait ainsi à proximité tous les soins qui peuvent lui être utiles, des médecins qui rempliraient véritablement des fonctions médico-chirurgicales, où tous trouveraient l'exercice de leur spécialité ; et le fonctionnement de l'hôpital d'évacuation se ferait dans de bien meilleures conditions grâce à ce concours d'ambulances immobilisées.

J'ajouterai que tout en constituant des centres médico-chirurgicaux, il resterait encore suffisamment de formations disponibles pour pouvoir en cas de combat aller renforcer un poste de secours devenant insuffisant.

Injections thérapeutiques de cultures vieillies

Par M. le Docteur Pierre DELBET
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
et MM. les Docteurs BEAUVY et GIRODE

Nous avons pensé que la diminution de toxicité qui se produit dans les vieilles cultures permettrait d'injecter des masses considérables de protoplasma microbien et d'obtenir ainsi des effets thérapeutiques de vaccination antimicrobienne. C'est l'idée qui a dirigé nos recherches.

Pour lutter contre les infections banales d'ordre chirurgical, nous avons utilisé des cultures de streptocoques sur bouillon de viande peptoné vieilles de quinze jours ; des cultures de staphylocoques et des cultures de pyocyanique sur bouillon peptoné au Liebig vieilles d'un mois. Les trois cultures sont tuées par un chauffage d'une demi-heure à 60 degrés, puis mélangées en parties égales et réparties en tubes dont le contenu sert aux injections. Ces tubes sont chauffés eux-mêmes une demi-heure à 62 degrés.

Nous injectons en général 4 centimètres cubes de ce bouillon mixte. Cette dose thérapeutique contient au minimum 1 milliard 730 millions de streptocoques, 3 milliards 330 millions de staphylocoques et 8 milliards de pyocyaniques, soit au minimum 13 milliards 60 millions de microbes. Nous avons été jusqu'à injecter en une fois 20 milliards de microbes.

La toxicité du bouillon mixte obtenu dans ces conditions est très faible pour les animaux sains. Il n'en est pas de même pour l'homme infecté. Avec une dose première de 6 centimètres cubes, nous avons eu une résection très grave, dont l'effet thérapeutique a été d'ailleurs très remarquable. Mais la réaction a été telle que nous ne dépassons plus 4 centimètres cubes pour la première injection.

Les injections sous-cutanées entraînent une réaction locale intense. Les injections intra-musculaires — nous ne faisons plus que celles-là — déterminent une certaine douleur, parfois assez vive.

Nous avons employé ce mode thérapeutique dans les infections chirurgicales, ostéopériostites dentaires, érysipèles, phlébites, pelvipéritonites, septico-pyohémies.

Dans les bacillémies, c'est-à-dire dans les cas où les microbes colonisent dans le sang, nous n'avons obtenu aucun résultat.

Dans les infections localisées, nous avons obtenu des résultats très nets. Nous indiquerons successivement l'action sur la température, sur la douleur, sur la suppuration.

Après une réaction hyperthermique momentanée, la température baisse. Nous possédons des graphiques qui montrent très nettement cette action. La température est revenue à la normale trois fois en un jour, dix fois en deux jours, deux fois en trois jours. Dans sept cas, la descente se fit en lysis.

L'action sur la douleur a été très manifeste. Sur 40 malades qui ressentaient des douleurs vives au siège de l'infection, 29 ont accusé une diminution marquée, ou même une disparition de leurs souffrances en quelques heures.

Dans un certain nombre de cas, nous avons traité avant que la suppuration fût cliniquement décelable, des infections qui, suivant toutes les prévisions, devaient suppurer. Les résultats ont été très remarquables. Sur onze lymphangites graves, une seule a suppuré. Trois adéno-phlegmons ou périostites d'origine dentaire ont guéri sans être incisés et sans évacuation de pus, deux en trois jours, une en six jours après l'injection.

Dans trois adéno-phlegmons d'allure grave, l'effet n'a pas été aussi complet, mais il n'en a pas moins été très saisissant. En vingt-quatre heures s'est produite une suppuration indolente, à allure froide, qu'une ponction au bistouri a guérie, tandis que, sans les injections, il aurait fallu de larges incisions.

Parmi les cas où l'action de l'injection nous a paru très manifeste, nous citerons encore sept gros furoncles ou anthrax, trois érysipèles, une phlébite.

Le bilan de nos 61 cas se résume de la manière suivante : dans treize cas, le résultat a été nul. Dans neuf cas, l'effet nous a paru réel, mais il pourrait être discuté ; dans trente-neuf, il a été évident.

Les effets très rapides que nous obtenons ne peuvent pas être attribués à une vaccination véritable. Ils nous paraissent dus à une perturbation orientée et favorable de l'état général, à une crise de l'ordre, ce que Widal appelle des clasies. Il est possible que par la répétition des injections on arrive à une vaccination polyvalente.

REVUE CLINIQUE

Typhus exanthématique et Bacille paratyphique B

Par MM. les Docteurs E. JOB et J. SALVAT

Le passage du bacille paratyphique B dans le sang, au cours d'infections diverses, a été signalé dans nombre de cas. On l'a rencontré chez des malades atteints de scarlatine, de rougeole, de tuberculose, de pneumonie, de fièvre ondulante, de leucémie, dans les cas de melæna, de purpura hémorragique, de méningite, et même de malaria. Le bacille ictéroïde de Sanarelli, le bacille du Hog-choléra, ne sont aussi que des bacilles paratyphiques B, qui passent dans le sang au cours d'une infection produite par un germe invisible. Multiples sont donc les cas où le bacille paratyphique B pénètre dans la circulation, soit comme saprophyte, soit comme germe d'infection secondaire.

Pendant l'épidémie de typhus exanthématique qui a régné à Casablanca dans les premiers mois de 1914, il nous a été donné de voir deux fois l'hémoculture déceler la présence du bacille paratyphique B chez des malades qui présentèrent l'éruption et tous les symptômes cliniques du typhus.

Obs. I. — J..., chasseur au 14e Bataillon alpin, ne présente rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Au point de vue personnel, il aurait eu des bronchites fréquentes.

La maladie aurait débuté, vers le 12 janvier, brusquement, par des frissons et de la céphalée, sans épistaxis, diarrhée ou vomissements. Le 16 janvier, une hémoculture est pratiquée ; elle permet de déceler chez le malade le bacille paratyphique B. A la date du 18, il est évacué pour fièvre paratyphoïde dans notre division. A ce moment, le malade est en état de tuphos, très abattu, il présente de la dyspnée. La céphalée a disparu. La langue est sèche, rôtie, le pharynx est rouge, mais sans ulcérations. La paroi abdominale est tendue : il y a de la défense musculaire. On note l'apparition d'un exanthème discret sur l'abdomen. Le foie est normal, la rate, difficilement perceptible, est douloureuse, le malade a de la diarrhée. L'auscultation permet de constater la congestion des bases pulmonaires. Le pouls est à 100. Les urines contiennent des traces d'albumine. La température s'établit en plateau aux environs de 40 degrés à partir du

17 ; le 19, l'éruption exanthématique s'est généralisée au tronc et aux membres. Le malade est profondément prostré, il délire ; la dyspnée, d'origine surtout nerveuse, augmente, le pouls est à 100 ou 110, la diarrhée devient profuse, la rate et le foie sont hypertrophiés. Cet état persiste jusqu'au 25 janvier. La température descend alors, tout en restant subfébrile. Cette défervescence un peu anormale trouve son explication dans l'existence de deux abcès volumineux consécutifs à des injections de chlorhydrate de quinine pratiquées avant l'entrée du malade dans notre division. Le malade sort guéri de l'hôpital fin février.

Obs. II. — C..., brigadier du Train des équipages, entre à l'hôpital le 8 avril 1914, pour diarrhée dysentériforme. A l'examen des selles, on ne trouve pas d'amibes. Le 9, la température s'élève brusquement à 40 degrés. Les selles sont diarrhéiques, mélangées de sang pur. L'état général n'est pas celui de la dysenterie bacillaire. La température reste élevée tous les jours suivants et on note de la céphalée et de la laryngite. Une hémoculture est pratiquée le 10 avril et décèle la présence du bacille paratyphique B. Les selles restent diarrhéiques, mais sans caractère dysentérique, au nombre de deux par jour. Le 16, on constate une éruption exanthématique extrêmement nette sur le tronc et les membres. La rate est grosse, le foie légèrement augmenté de volume. On note de la bronchite généralisée mais assez discrète ; rien à la gorge, mais la laryngite persiste. Rien au cœur. Pouls bon, régulier, pas d'albuminurie. Le malade est en état de tuphos prononcé, il présente des soubresauts des tendons et des tremblements des muscles de la face. Le 24 avril, la défervescence se fait brusquement. Le malade quitte l'hôpital guéri le 12 mai.

Ces deux observations nous ont paru intéressantes ; elles démontrent, en effet, qu'au cours du typhus exanthématique, le paratyphus B peut passer dans le sang, tout comme dans les maladies que nous avons signalées au début de notre travail.

La constatation par l'hémoculture de ce germe a fait faire dans les deux observations une erreur de diagnostic que l'apparition de l'exanthème caractéristique du typhus et les symptômes nerveux particulièrement intenses, présentés par nos malades, ont seuls permis de rectifier.

Le bacille paratyphique B était-il dans ces cas un germe passé accidentellement dans la circulation et sans influence pathogène ou bien a-t-il joué un rôle dans la genèse des symptômes que nous avons observés ? Pour la première observation, nous pensons qu'il doit être considéré comme un germe saprophyte. Notre malade a bien eu de la diarrhée, mais ce symptôme, l'expérience nous l'a appris, fait souvent suite à la constipation du début. Chez le second malade, l'affection a débuté par des symptômes dysentériformes ; la diarrhée s'est établie d'emblée et il ne serait pas étonnant que le paratyphus B ait joué un rôle dans le début un peu anormal de ce typhus.

Pourquoi avons-nous trouvé le bacille paratyphique B chez des malades atteints de typhus (deux fois sur une centaine d'hémocultures) ? La réponse ne nous paraît pas douteuse : les infections paratyphoïdes sont extrêmement fréquentes à Casablanca ; nous n'en avons pas observé moins de 33 dans les cinq premiers mois de cette année ; 13 à paratyphus A et 20 à paratyphus B. Dans tous les cas, le diagnostic a été établi par l'hémoculture, les germes ont été identifiés par culture :

1° En bouillon au rouge neutre ou gelose de Rothberger ; 2° En milieux typhiques et paratyphiques de Lœffler ; 3° En petit-lait tournesolé, de Petruschky ; 4° En bouillon lactosé carbonaté ; 5° En lait.

Le diagnostic ne nous en paraît donc pas pouvoir être mis en doute et nous concluons que le paratyphus B étant très répandu au Maroc, il n'est pas étonnant qu'on le trouve comme saprophyte ou comme germe associé au cours d'une maladie aussi grave que le typhus exanthématique (1).

REVUE DE PATHOLOGIE

Sur le tétanos tardif

Par M. M. Léon BÉRARD
Professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon
et Auguste LUMIÈRE
de Lyon

Depuis le début de la guerre, nombre de blessés atteints de tétanos, soit à l'Hôtel-Dieu, soit dans quelques hôpitaux auxiliaires de la région, ont été évacués sur un service spécial d'isolement dont la direction nous a été confiée. C'est ainsi que nous avons pu suivre jusqu'ici l'évolution de l'infection dans plus de quarante cas.

Malgré l'injection de sérum spécifique et plus ou moins longtemps après elle, de deux semaines à trois mois, on rencontre encore à l'heure actuelle, quelques cas de tétanos. Ce sont des échecs apparents qui ont fait contester par certaines personnalités l'efficacité du sérum antitétanique.

L'étude des conditions dans lesquelles l'infection s'est développée chez les blessés atteints de tétanos, malgré le traitement préventif, n'est pas toujours facile. Beaucoup d'entre eux n'avaient reçu qu'une injection, et non pas deux à huit jours d'intervalle, ainsi qu'il est de règle aujourd'hui, afin de neutraliser au maximum les toxines provenant des spores tardivement écloses. Ce que nous avons constaté tend à nous prouver qu'il s'agit, en général dans ces cas, de réinfections secondaires à l'occasion d'interventions chirurgicales tardives.

Les anciennes plaies anfractueuses, cicatrisées ou non, peuvent, en effet, renfermer des débris vestimentaires, de la terre ou des corps étrangers souillés de spores de tétanos à l'état de vie latente, enrobées dans une gangue qui les isole momentanément, ou enkystées dans une coque de bourgeons charnus. Qu'une exploration, un pansement, un acte chirurgical quelconque libèrent ces spores et ainsi s'ensemencent les tissus voisins.

Les cas de tétanos dits spontanés doivent d'ailleurs, jusqu'à un certain point, être rattachés à ce microbisme latent par un mécanisme de libération des spores analogue à celui de l'infection tardive. C'est ce qu'ont démontré expérimentalement Tarozzi (1), Canfora (2) et Vincent (3) qui, après avoir injecté dans les veines ou même sous la peau, des cultures de bacilles de Nicolaïer, ont retrouvé plusieurs semaines après l'injection, des spores dans les viscères des animaux soumis à l'expérience. Ils ont démontré qu'un traumatisme ou une cause d'affaiblissement de la résistance organique, le froid par exemple, pouvait faire éclater tardivement l'infection.

Bien que l'hypothèse de la réinfection tétanique ait été déjà formulée par un certain nombre d'auteurs, il nous a semblé utile de signaler des observations qui en démontrent d'une façon très nette la réalité.

Sans doute, il faut tenir compte, parmi ces inoculations tardives du tétanos, de celles qui pourront être réalisées par des mains ou des instruments septiques chez des sujets eux-mêmes non infectés jusque là par le bacille de Nicolaïer. Mais les cas que nous rapportons ont tous été isolés, dans des formations où l'on n'avait pas observé d'autres cas de tétanos récemment ou en même temps, alors que chaque jour cependant, le même personnel a pratiqué avec les mêmes instruments de multiples opérations.

Devant de tels faits, il nous paraît qu'une conclusion s'impose : *c'est d'administrer, même chez les sujets qui ont reçu peu après la blessure les deux injections réglementaires, une nouvelle dose de sérum antitétanique toutes les fois qu'une intervention chirurgicale devra être entreprise, qui peut provoquer la libération des produits septiques latents dans des plaies suspectes.* Depuis que nous avons appliqué cette règle, nous n'avons effectivement plus constaté d'infections tétaniques tardives.

On pourrait objecter à cette pratique la possibilité de déchaîner des troubles anaphylactiques à la suite d'une administration d'antitoxine, l'organisme y ayant été préparé par une ou plusieurs injections antérieures. Mais cette crainte, pour légitime qu'elle soit, ne constitue qu'une éventualité extrêmement rare. Nous n'avons jamais vu se produire jusqu'ici, chez ces malades, d'anaphylaxie, même sous forme d'ébauche.

(1) *Soc. méd. des hôp.*

(1) Tarozzi : La vie latente des spores tétaniques dans l'organisme animal. Journal de Physiologie et de Pathologie générale, 1906, p. 557.

(2) Canfora : L'état latent des spores du bacille du tétanos dans l'organisme animal. Semaine médicale, 1908, p. 164.

(3) Vincent : Journal de Physiologie et de Pathologie générale, 1911.

Troubles hépatiques dans les Dyspepsies

Par L. ALQUIER

Le foie souffre toujours lorsque l'estomac est atteint, écrivait avec juste raison M. Soupault dans son *Traité des maladies de l'estomac*. Depuis 11 ans, je me suis attaché systématiquement à rechercher les troubles hépatiques chez tous les dyspeptiques, et cette recherche a abouti aux deux conclusions suivantes : 1° les troubles hépatiques existent dans au moins les 2/3 des cas et 2° les traiter est, presque toujours, le plus sûr moyen d'améliorer la dyspepsie avec le maximum de rapidité et d'efficacité.

Bornons-nous aujourd'hui à envisager les dyspepsies fonctionnelles, c'est-à-dire sans lésions organiques graves du tractus gastro-intestinal, excluant ainsi toutes les dyspepsies acides (dont les relations avec la lithiase biliaire méritent d'être complètement étudiées à nouveau) : le cancer, les sténoses, dislocations de l'estomac et de l'intestin, la tuberculose, l'appendicite, etc. Laissons également de côté les troubles dus aux ptoses qu'il est, d'ailleurs, si facile d'améliorer le plus souvent par le port d'une ceinture bien faite.

Toutes ces éliminations effectuées, nous restons en face du groupe, encore si important, des insuffisances digestives habituelles, qualifiées de dyspepsies hyposthéniques, atones, flatulentes, sensitivo-motrices, etc., et plus souvent encore de dyspepsies nerveuses. La multiplicité des appellations et des théories montre assez les difficultés de l'interprétation dues en partie à l'imperfection de nos moyens d'investigation, puis aux variétés individuelles innombrables, échappant à toute classification, à la difficulté d'analyse des symptômes, enfin, à ce que chacun de nous, entraîné par ses études, ses observations, ses tendances, étudie particulièrement tel ou tel côté de la question et lui attribue souvent une importance exagérée, en négligeant d'autres points non moins importants. Je suis bien certain de ne pas échapper à cette critique, aussi serai-je particulièrement heureux de voir mes confrères vouloir bien discuter cette étude.

Mes observations de dyspepsie par insuffisance gastro-intestinale habituelle peuvent se diviser en 3 catégories :

1° La première se compose des dyspeptiques qui présentent de gros troubles hépatiques dont le traitement améliore l'ensemble des symptômes.

Il s'agit soit de lithiasiques évidents, soit de sujets dont le foie est infecté de paludisme (fièvre typhoïde, infection ascendante des voies biliaires, etc.). Il comprend enfin ceux dont le foie est habituellement insuffisant : les ictériques habituels, congénitaux ou non, ceux dont la fragilité hépatique s'affirme à chaque instant de leur existence.

Que sont, chez ces malades, les troubles hépatiques et la dyspepsie ?

Chez les lithiasiques et les infectés, il est fréquent de constater des crises de congestion hépatique avec engorgement biliaire, suivant l'expression de M. Durand-Fardel. Le foie est gros, débordant les fausses côtes, avec une matité verticale de 10 à 14 centimètres, sur la ligne mammelonnaire. La congestion atteint d'une façon fort irrégulière, soit l'ensemble de l'organe, soit l'un de ses lobes, et dans mes notes prises après chaque examen, je retrouve toutes les variétés de l'augmentation de volume, décrites et figurées par M. Glénard dans son récent travail sur l'hépatisme, avec les plus grandes variations individuelles, et même, chez le même sujet, des variations d'une crise congestive à une autre.

Bien entendu, lorsque la distension de l'organe est suffisante, elle détermine des troubles fonctionnels bien connus, qu'il ne faut pas attribuer à l'estomac : plénitude et oppression sous-diaphragmatique, constriction rétro-sternale, avec gêne irradiant le long de l'œsophage. Le refoulement du diaphragme s'accompagne de palpitations de cœur, de gêne respiratoire avec grands soupirs, signes qui ne sont pas propres à la congestion hépatique puisqu'on les retrouve en cas d'aérophagie avec distension gazeuse de l'estomac, ou de pneumatose intestinale, bref, toutes les fois que le diaphragme est refoulé de bas en haut. L'organe est plus ou moins douloureux au palper et à la percussion. Il suffit de rappeler les douleurs hépatalgiques avec leurs irradiations vers l'épaule droite et sous forme de névralgies intercostales. Les irradiations vers l'abdomen, non moins fréquentes, risquent davantage d'être faussement attribuées à l'intestin, par exemple.

La distension de la vésicule biliaire accompagne le plus souvent la distension du foie, mais son degré est variable. Si, dans certains cas, elle est évidente (cholécystite, colique vésiculaire), bien souvent la vésicule n'affleure pas la paroi abdominale, échappant au palper simple et, cependant, le palper bimanuel, fait comme pour la recherche du rein, permet de la trouver, modérément distendue, douloureuse. On peut, je crois, s'expliquer ainsi bien des sensations de gêne, d'endolorissement de l'hypochondre droit.

Lorsque le foie et la vésicule sont ainsi distendus, comment se présente la dyspepsie ? On trouve un état saburral des voies digestives avec anorexie, langue blanche, bouche mauvaise, digestions lentes, pénibles, et habituellement constipation (1). Ces troubles n'ont, certes, rien de bien spécial, et ne se distinguent guère de ce qu'on observe dans d'autres formes de dyspepsie, où les signes hépatiques sont moins accusés. Cependant, on n'a peut-être pas assez indiqué la fréquence du spasme du gros intestin. En cas de poussée congestive au foie, j'ai constaté presque toujours le spasme soit de la moitié droite du gros intestin, soit du côlon transverse, à tel point que la constatation de ce signe m'a bien souvent fait rechercher et dépister une poussée congestive légère qui aurait pu, sans cela, passer inaperçue.

Entre ces crises dont la répétition est, on le sait, des plus irrégulières, les malades ont souvent du subictère, du prurit, les selles parfois décolorées ; l'urologie est celle de la petite insuffisance hépatique.

D'autres malades sont des cholémiques plus ou moins intermittents, ou bien font de l'insuffisance hépatique à exacerbations variables. Dans tous ces cas, la dyspepsie se résume en fermentations, anorexie, lenteur et difficulté des digestions, constipation, avec, à la longue, dénutrition et amaigrissement. Mais on ne trouve aucun caractère spécial à la dyspepsie par insuffisance hépatique : cliniquement on la différencie non par le caractère de ses manifestations gastro-intestinales, mais parce que les troubles hépatiques apparaissent prépondérants et que leurs variations commandent celles des troubles gastro-intestinaux.

2° La deuxième catégorie comprend les dyspepsies dont l'origine nerveuse est évidente. Laissant de côté les affections organiques du système nerveux, l'hystérie et les maladies mentales, on peut, je crois, opposer l'un à l'autre 2 types de dyspeptiques par troubles nerveux fonctionnels.

Le premier est bien connu de tous les praticiens, c'est l'anxieux, l'obsédé, le neurasthénique dyspeptique. La dyspepsie est, ici, variable comme importance, mais sa modalité varie peu ; presque toujours c'est la dyspepsie hyposthénique, flatulente, avec lenteur et difficulté des digestions, estomac atone, clapotant au-dessous des limites normales, intestin, le plus souvent gargouillant, atone. L'état du foie est variable, et l'on peut distinguer les modalités suivantes :

Prenons d'abord un sujet à peu près sain, ou simplement nerveux, mais sans grosses tares névropathiques, et qu'obsèdent des chagrins ou des soucis dont il n'arrive pas à se dégager. Le premier trouble somatique qu'il présente est, bien souvent, une petite congestion du foie avec distension légère de la vésicule, et même, spasme du côlon ; cette crise finie, apparaît la dyspepsie, les poussées congestives du foie peuvent se répéter, avec, entre temps, du subictère. Tout se passe donc comme dans les dyspepsies qui dépendent nettement du foie. Et cependant l'origine psychique est évidente, dès que cessent les causes morales, tout rentre dans l'ordre. Lorsqu'on ne peut faire disparaître les causes morales, la psychothérapie est, certes, l'élément essentiel du traitement. Mais, si l'on veut agir sur les troubles viscéraux, c'est le foie qu'il faut aider, par exemple par l'arséniate et le bromhydrate de quinine, si la congestion est nette, ou encore par les cholagogues doux, l'opothérapie biliaire s'il s'agit surtout d'insuffisance hépatique. Enfin, en présence de petits à-coups moraux assaillant le malade à chaque instant, et susceptibles de troubler l'harmonie des réflexes digestifs, on obtient de beaux succès par l'emploi, à chaque malaise, de petites doses du mélange bile-pancréatite-soufre, dont j'ai ailleurs étudié l'action. (V. *Gazette des Hôpitaux*, 21 mars 1914.)

Arrivons maintenant aux neurasthéniques, c'est-à-dire, à ceux dont le système nerveux est aisément fatigable, avec faiblesse irritable, hypotonicité et fatigabilité musculaire, et, au point de vue psychique, la même fatigabilité portant surtout sur la volonté et l'attention, d'où résultent si aisément le doute de soi-même et la tendance à l'angoisse, aux obsessions et aux phobies. On sait combien ces sujets deviennent facilement dyspeptiques en raison de l'hypotonicité gastro-intestinale, habituelle chez eux et de la facilité avec laquelle ces malades réalisent l'intoxication digestive. On sait également que bien souvent on entre dans la neurasthénie par la dyspepsie, celle-ci exagérant la neurasthénie ou la mettant en évidence lorsqu'elle était demeurée jusque-là à l'état latent.

Comment se présente la dyspepsie des neurasthéniques ? Les troubles gastro-intestinaux sont analogues à ceux dont nous venons de parler, les causes morales déterminant d'habitude leur apparition, ici comme chez le sujet sain. La dyspepsie suit les variations du psychisme et l'on sait que certains neurologistes et non des moindres affirment la guérir par la seule psychothérapie, assertion que la pratique se charge trop souvent de démentir !

Comment se comporte le foie chez ces malades? Lorsqu'on peut assister au début d'une crise de dyspepsie, on constate que tout se passe comme chez le sujet sain que des causes morales rendent dyspeptique, il y a une ou plusieurs poussées successives de congestion hépatique avec distension vésiculaire, plus ou moins accentuée. En l'absence de ces crises, le foie traduit sa souffrance par le subictère au moins bucco-conjonctival qui peut d'ailleurs être intermittent et par les petits signes de l'insuffisance hépatique. Enfin, il est de notion vulgaire que les dyspeptiques nerveux finissent, en général, par devenir des hypoalimentés, ils réduisent de plus en plus leur alimentation par crainte de nouveaux malaises.

C'est vraisemblablement dans ces conditions que M. Mathieu a pu trouver le foie le plus souvent diminué de volume, et a indiqué très justement que cette diminution est due à l'insuffisance alimentaire. C'est là un signe précieux lorsqu'il s'agit de déterminer, à un premier examen, si le malade atteint de dyspepsie chronique, qui vient nous demander conseil, est suffisamment alimenté ou non (1).

A côté de ces neurasthéniques avec dyspepsie gastro-intestinale et perturbations hépatiques, il en est d'autres chez lesquels la psychasthénie, au sens de M. Janet, domine nettement la scène, au détriment des troubles somatiques qui peuvent manquer ou passent à l'arrière-plan. Atteints de grosses tares nerveuses congénitales, ces malades sont toute leur vie des psychasthéniques, avec rémissions ou bien alternances des phases de dépression et d'excitation nerveuse (circularisme). Ici, bien entendu, dyspepsie et troubles hépatiques manquent, ou ne sont que des phénomènes accidentels, sans grande importance.

Bien distincte de celle des neurasthéniques est une seconde classe de dyspepsie nerveuse ; c'est celle des sujets atteints de névrose vaso-motrice, au sens de Charcot, de vagotonie au sens de MM. Eppinger et Hess. On sait les discussions auxquelles ont donné lieu les conceptions des auteurs allemands ; les lecteurs français les trouveront remarquablement exposées dans l'excellente *Revue Critique* écrite il y a trois ans par M. Cheinisse dans la *Semaine médicale* (1912, p. 553).

Rappelons seulement que ces malades sont atteints d'un ensemble de troubles analogues à ceux de la maladie de Basedow fruste, et qu'actuellement, loin de les distinguer des basedowiens comme le voulait M. Stern, il faut reconnaître en eux, avec M. Falta, des prédisposés au basedowisme, par un tempérament spécial, la névrose vaso-motrice, au sens de Charcot.

J'ai étudié les caractères cliniques de cette névrose, dans un récent mémoire, auquel je renvoie pour détails (V. *Revue Neurologique*, 30 mars 1914). Des éléments caractérisant le syndrome : instabilité et excitabilité cardio-vasculaire, nervosisme spécial, tremblement, troubles dyspeptiques, ces derniers seuls nous arrêteront un moment.

Leur principal caractère est leur extrême variabilité et leur polymorphisme : d'un jour à l'autre, ils passent d'un extrême à l'autre de la pathologie gastro-intestinale, de l'hyperexcita-

(1) Cette symptomatologie décrite si judicieusement par M. Alquier explique aisément par quel mécanisme ces états dyspeptiques particuliers sont le plus souvent rapidement améliorés de façon notable par la cure simultanée de sinubérase et de filudine, la sinubérase assurant la décongestion de l'intestin et la filudine assurant la décongestion hépatique.

(1) Dans cette forme de dyspepsie dont M. Alquier nous montre si bien la genèse, il est évident qu'il ne suffit plus d'assurer la désinfection intestinale par la sinubérase et d'agir sur le foie par la filudine. Il importe en premier lieu de réagir sur l'insuffisance de la nutrition et de combattre l'hypotonicité qui se trouve à la base de tous les accidents. C'est donc la médication par le Globéol qui devra tout d'abord prendre la première place.

bilité avec syndrome d'hyperchlorhydrie, digestions rapides, fringales, spasmes gastro-intestinaux, à l'atonie avec digestions lentes, pénibles, anorexie, météorisme gastro-intestinal, clapotage bien au-dessous des limites ordinaires de l'estomac ; des crises de diarrhée aqueuse succèdent brusquement à une constipation opiniâtre ; ces troubles déroutants, véritablement paradoxaux, n'obéissent à aucune règle apparente ; c'est une véritable anarchie des fonctions digestives.

Quel est, dans cette névrose, l'état du foie ? On l'a encore peu étudié ; pour ma part, j'ai constaté chez plusieurs de mes malades un véritable foie en accordéon, tantôt gros, tantôt petit ; ces variations ne sont pas expliquées par celles de l'alimentation ; leur rapidité et leurs caractères permettent, au contraire, d'envisager l'hypothèse de troubles vaso-moteurs, d'alternatives de congestion et d'anémie de l'organe, ainsi que nous le voyons pour d'autres viscères chez ces malades.

Pas plus que les symptômes gastro-intestinaux, les troubles hépatiques ne doivent être l'objet d'un traitement spécial, qui risquerait fort de tomber à faux, étant donnée l'extrême variabilité des symptômes. Ce qu'il faut ici, c'est apaiser le dérèglement cardio-vasculaire ; ce résultat est facilement obtenu, en général, par l'emploi des vaso-régulateurs ; ce sont le sang d'animaux éthyroïdés, l'infusion de feuilles de vigne rouge, le marron d'Inde, auxquels M. Gaultier a ajouté les sels de quinine à hautes doses.

***

Reste à envisager une troisième catégorie de dyspepsies : ce sont toutes celles qui ne sont dues nettement ni à un trouble hépatique, ni à des perturbations nerveuses. Comme nous laissons de côté systématiquement, pour simplifier et sérier les problèmes, tous les cas où existe une lésion de l'appareil gastro-intestinal ou de ses glandes annexes pour nous restreindre aux dyspepsies fonctionnelles, nous nous trouvons en présence de faits complexes souvent difficiles à classer actuellement.

Sans vouloir faire une revue complète, rappelons que l'hyperchlorhydrie fonctionnelle(?) est rapportée par nombre d'auteurs allemands à la vagotonie ; d'autre part, on commence à envisager comme très étroits ses rapports avec la lithiase biliaire, sujet que nous réservons pour le moment.

Tous les spécialistes des affections digestives insistent sur la fréquence avec laquelle les troubles dyspeptiques sont engendrés par les défectuosités de l'alimentation, repas trop rapides à des heures irrégulières, mastication insuffisante, nature des ingesta, etc. En pareil cas, l'examen des malades montre que le foie est atteint autant, sinon plus que l'estomac et l'intestin ; est-il besoin de rappeler le gros foie des buveurs de bière en Allemagne ? Faut-il encore rappeler la cirrhose de Hanot et les expériences de M. Boix, la rapportant à l'intoxication digestive ? La notion de l'anaphylaxie alimentaire nous a révélé encore une autre face de la question et le rôle du foie pourrait bien, ici, être de toute première importance.

Dans le *Traité de médecine*, M. Chauffard (t. 5, p. 121), assigne à la congestion active du foie deux facteurs, qui s'associent en proportions variables : l'irritation toxique d'origine portale, et, « à ce titre, la congestion hépatique est sous la dépendance directe du chimisme gastro-intestinal ». Le deuxième facteur est la vaso-dilatation active par reaction nerveuse. MM. Bouchard et Legendre avaient bien reconnu la fréquence du gros foie chez les dyspeptiques, les médecins de Vichy, Carlsbad, etc., connaissent bien les poussées de congestion du foie chez les dyspeptiques ; l'étude de M. Glénard sur l'hépatisme, citée au début de ce travail, en fait foi.

Rappelons encore que, pour la colite mucomembraneuse, la théorie biliaire présente une actualité nouvelle depuis les travaux de MM. Roger et Trémolières, Hallion et Nepper sur la mucinase.

Nous connaissons tous l'atonie gastro-intestinale si fréquente et souvent si rebelle survenant à la suite de maladies infectieuses, telles que la grippe, et chez les tuberculeux. Ici le problème est des plus complexes ; bornons-nous à constater que, dans ces cas, l'interrogatoire du foie n'est ordinairement pas négatif.

Arrêtant là ces exemples, je ferai cependant une dernière remarque : nous savons tous combien, depuis une quinzaine d'années, les idées régnantes ont évolué en matière de pathologie digestive ; nous craignons avec raison les gastrites médicamenteuses et cherchons à simplifier autant que possible les traitements médicamenteux.

Eh bien, si l'on veut passer en revue les agents thérapeutiques reconnus efficaces dans les dyspepsies, nous trouverons, en première ligne, ceux qui agissent non seulement sur l'estomac et l'intestin, mais encore et peut-être surtout sur le foie telles les eaux de Vichy et autres, ou les solutions sulfate, bicarbonate, phosphate ou chlorure de sodium, préconisées par MM. Hayem et Bourget, enfin, les cholagogues et l'opothérapie hépato-biliaire (1).

De tout ceci, je crois légitime de conclure que si l'on veut bien l'étudier systématiquement dans toutes les dyspepsies gastro-intestinales fonctionnelles, le foie apparaîtra, le plus souvent, t oublié dans son fonctionnement ; cette constatation offre un grand intérêt pratique, car, lorsqu'il existe des troubles hépatiques, les traiter est le plus souvent le meilleur moyen d'améliorer la dyspepsie (2).

REVUE DE SÉROTHÉRAPIE

Sérothérapie de la poliomyélite. Nos résultats chez trente malades. — Indications, Technique, Incidents possibles

Par M. le Docteur Arnold NETTER
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Trousseau, Membre de l'Académie de médecine

Depuis le 7 avril 1914, nous avons soumis à la sérothérapie 26 nouveaux cas de poliomyélite intrarachidiens, ce qui porte à 32 le nombre des malades qui ont reçu dans le canal rachidien le sérum de sujets atteints antérieurement de paralysie infantile.

Nous avons obtenu 6 guérisons complètes et rapides, 3 améliorations équivalentes à la guérison, 7 améliorations très sensibles, 6 améliorations appréciables pour lesquelles l'influence du sérum peut être mise en doute ; 2 cas n'ont pas été modifiés ; 8 fois, la mort est survenue, dont 7 par extension au bulbe.

La rapidité avec laquelle se sont manifestés les progrès, leur accentuation au cours du traitement, leur arrêt ou régression après interruption trop hâtives des injections ne permettent pas de mettre en doute l'efficacité de la médication que nous avons le premier préconisée et que nous croyons être seuls à avoir appliquée depuis ce moment.

La sérothérapie est susceptible d'arrêter la marche envahissante de la paralysie, de faire disparaître des paralysies déjà constituées à la condition d'être appliquée aussi tôt que possible (du 1er au 4e jour de la paralysie).

Elle peut prévenir l'apparition de la paralysie si les injections sont pratiquées dans la période préparalytique. Nous ne pouvons rapporter qu'un cas de ce genre, mais il n'est pas destiné à rester isolé. On peut, en effet, dans certaines conditions sur lesquelles nous avons souvent insisté, soupçonner l'intervention du virus de la poliomyélite en dehors de toute manifestation paralytique.

Le sérum des sujets qui ont eu une paralysie infantile conserve son efficacité pendant plus de 30 ans. Nous utilisons autant que possible celui de sujets dont la paralysie remonte à moins de 5 ans. Le sang est recueilli aseptiquement dans la veine, stérilisé par tyndallisation, emprunté à des personnes saines soumises à l'épreuve de Wassermann.

L'injection doit être faite dans le canal rachidien, être renouvelée en moyenne huit jours consécutifs. Les doses employées par nous ont varié de 5 à 13 centimètres cubes.

Le sérum humain est mieux toléré par le canal rachidien que le sérum de cheval. Il provoque toutefois comme ce dernier une réaction inflammatoire des méninges. Appréciable seulement d'habitude par le changement et la composition cellulaire du liquide céphalo-rachidien, cette réaction peut se traduire par de la fièvre, des douleurs ; les phénomènes sont rarement intenses et généralement de courte durée. Leur possibilité ne doit pas faire hésiter de recourir à ces injections intrarachidiennes dans la poliomyélite, plus que dans la méningite cérébro-spinale où ces incidents sont certainement plus fréquents.

(1) Les théories de M. Alquier sont bien d'accord avec la clinique et expliquent les merveilleux résultats obtenus dans les dyspepsies par l'Urodonal qui lave le foie et le Jubol (opothérapie biliaire et intestinale).

(2) Soc. de méd. de Paris.

CARNET DU PRATICIEN

Entéro-colite chez les enfants.

1° Repos, éviter les marches prolongées et les refroidissements. Prescrire le port d'une ceinture de flanelle ;

2° Alimentation : peu ou pas de viandes, éviter les aliments gras, épicés, acides ou encore très sucrés. Comme boisson de l'eau pure ou du lait écrémé. Recommander les panades, les soupes épaisses, les purées de légumes, les pâtes alimentaires, le riz, la semoule, les fruits cuits et les salades cuites. Les œufs seront permis seulement s'ils sont tolérés ;

3° Combattre la constipation par le régime végétarien, les lavements, les suppositoires et surtout par le jubol (1 comprimé le soir au coucher de l'enfant).

Vaginite gonococcique

1° Prescrire quatre fois par jour, dans la position couchée, des injections chaudes avec :

Eau bouillie à 45°....... 2 litres
Gyraldose................ 1 cuiller à soupe

2° Suppression complète de tous les aliments épicés et excitants, gibiers, salaisons, boissons alcooliques et surtout la bière.

Faire prendre à chaque repas trois capsules de pageol et continuer leur usage jusqu'à disparition complète de tous les symptômes.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 50.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J.-Rousseau

L'Administrateur-Gérant J. GAUFFROY

Les Médecins et la Guerre

(Suite)

Les Décorés

MÉDAILLES D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

M. Gardies, médecin aide-major de 2e classe de réserve.

M. Poingt, médecin aide-major de 1re classe de réserve à l'ambulance no 1 du 9e corps d'armée.

M. Viel (Louis), médecin aide-major de 1re classe, à l'hôpital no 13, à Verdun.

Médaille de bronze. — M. le médecin major de 2e classe Mossier.

M. le médecin major de 2e classe Barberousse.

M. le médecin major de 2e classe de réserve Clément.

M. le médecin major de 2e classe de réserve Giraudon.

M. l'aide-major de 1re classe de l'armée territoriale Cousin.

M. l'aide-major de 1re classe de l'armée territoriale Naame.

M. l'aide-major de 1re classe de l'armée territoriale Bollach.

M. l'aide-major de 1re classe de l'armée territoriale Dbomont.

M. l'aide-major de 2e classe de réserve Lefaucheur.

M. l'aide-major de 2e classe de réserve Lecq.

M. l'aide-major de 2e classe de l'armée territoriale Riquez.

M. l'aide-major de 2e classe de réserve Lévy.

M. l'aide-major de 2e classe de réserve Bonfils.

M. l'aide-major de 2e classe de réserve Loumaigne.

M. Demouchy (Charles), médecin aide-major, de 2e classe de réserve à l'ambulance 6 du 8e corps d'armée.

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Sont cités à l'ordre du jour de l'armée :

M. Lantuejou (Pierre), médecin auxiliaire au 319e régiment d'infanterie.

M. Mayet, médecin auxiliaire au 237e régiment d'infanterie.

M. Keller (Jacques), médecin auxiliaire au 279e régiment d'infanterie.

M. Thollon, médecin major de 2e classe au 264e régiment d'infanterie.

M. Marqueste, médecin aide-major de 2e classe au 137e régiment d'infanterie.

M. Vermant, médecin auxiliaire au 87e régiment d'infanterie.

M. Mathieu, médecin major de 1re classe au 51e régiment d'infanterie.

M. Badet (Alfred), médecin aide-major de 2e classe au 133e régiment d'infanterie.

M. Rigal, médecin major de 2e classe, médecin chef de l'ambulance 1/44.

M. Tavernier, médecin major de 2e classe de l'ambulance 3/74.

M. Cahuzac, médecin de 2e classe du *Bouvet*.

M. Granger, médecin aide-major de 2e classe au 2e régiment de marche de tirailleurs.

M. Trelaun, médecin aide-major de 2e classe au 144e régiment territorial d'infanterie.

M. Cabana, médecin aide-major de 2e classe au régiment d'infanterie coloniale du Maroc.

M. Schwarzfeld, médecin auxiliaire au 64e bataillon de chasseurs.

M. Decreuze, médecin auxiliaire au 47e bataillon de chasseurs.

M. Demam, médecin aide-major de 2e classe au 230e régiment d'infanterie.

M. Prat, médecin major de 2e classe au 217e régiment d'infanterie.

M. Lejaridel, médecin aide-major de 2e classe de réserve du 16e bataillon de chasseurs.

M. Boulard, médecin aide-major de 2e classe au 155e régiment d'infanterie.

M. Baillache, médecin aide-major de 1re classe (armée territoriale) au 155e régiment d'infanterie.

M. Galan, médecin aide-major de 1re classe au 151e régiment d'infanterie.

M. Margot, médecin aide-major de 1re classe au 133e régiment d'infanterie.

M. Tournay, médecin auxiliaire au 44e régiment d'infanterie coloniale.

M. Marioton, médecin aide-major de 2e classe au 285e régiment d'infanterie.

M. Houlbert, médecin auxiliaire au 13e bataillon de chasseurs.

M. Gaillard (Charles), médecin auxiliaire au 68e bataillon de chasseurs.

M. Tesson, médecin major de 2e classe de réserve, médecin chef de l'ambulance 4/9.

M. Adam, médecin aide-major de 2e classe au 23e régiment d'infanterie.

M. Bonnet, médecin major de 2e classe au 29e bataillon de chasseurs.

M. Landrin, médecin aide-major de 1re classe au 35e régiment d'infanterie.

M. Montalti, médecin major de 2e classe de l'ambulance 2/75.

M. Le Hur, médecin aide-major de 2e classe au 34e régiment d'infanterie coloniale.

M. Condamine, médecin aide-major au 20e bataillon de chasseurs.

M. Rozier, médecin aide-major de 1re classe de réserve, médecin chef de l'hôpital temporaire de Nœux-les-Mines.

M. Stern, médecin aide-major de 2e classe de réserve de l'hôpital de Nœux-les-Mines.

M. Barbet, médecin major de 2e classe, médecin chef de l'ambulance 3/17.

M. Merner, médecin aide-major de 1re classe de réserve de l'ambulance 1/3.

M. Coupé, médecin aide-major de 1re classe au 6e bataillon de chasseurs.

M. Charra, médecin aide-major de 2e classe au 6e bataillon de chasseurs.

M. Nalin, médecin aide-major de 2e classe au 6e bataillon de chasseurs.

M. Guibal, médecin principal de 1re classe, adjoint au médecin d'une armée.

M. Averous, médecin principal de la marine, médecin en chef du transport hôpital *Duguay-Trouin*.

M. Donnart, médecin de 1re classe de la marine embarqué sur le transport hôpital *Duguay-Trouin*.

M. Hutin, médecin de 1re classe de la marine, embarqué sur le transport hôpital *Duguay-Trouin*.

M. Lepeuple, médecin de 1re classe du *Gaulois*.

M. Hassler, médecin inspecteur.

M. Vendeuvre, médecin major de 2e classe au 7e régiment de tirailleurs.

M. Verdier, médecin major de 1re classe au régiment d'infanterie coloniale du Maroc.

(A suivre.)

ÉCHOS

L'intérim des médecins de bataillon.

M. Gaudin de Villaine, sénateur, ayant demandé à M. le ministre de la Guerre que l'intérim des médecins de bataillons soit fait par des médecins auxiliaires docteurs en médecine, a reçu la réponse suivante :

« Il n'y a aucun inconvénient et il ne peut y avoir que des avantages à ce que l'intérim des médecins de bataillons soit fait par les médecins auxiliaires, docteurs en médecine, mais il semble préférable de laisser l'initiative de cette mesure aux commandements locaux. »

Les médecins de complément.

M. Paul Bignon, député ayant exposé à M. le ministre de la Guerre que, dans sa réponse à sa question, au sujet des médecins de la réserve de l'armée territoriale, son département a répondu en invoquant la décision du 4 janvier 1915, qui a prescrit d'affecter en dehors de leur résidence les médecins de complément appartenant à des classes mobilisables, et ayant demandé si cette décision s'applique également aux médecins appartenant a des classes qui ne sont plus mobilisables et si, de ce côté, on ne pourrait pas atténuer la rigidité de la décision du 4 janvier 1915, a reçu la réponse suivante :

« La circulaire du 7 septembre 1915 dispose que : « Les officiers de complément du service de santé « dégagés, par leur âge, de toute obligation militaire « et restés volontairement dans les cadres, pourront « être affectés à la ville de leur domicile. »

OFFICE MÉDICAL

Adresser toute la correspondance relative à l'Office Médical, 47, boulevard Saint-Michel, Paris.

Joindre un timbre pour la réponse.

810. — **Centre.** — Sous-préfecture, rec. 15.000 moyenne des dernières années, loyer 600, indemn. à deb. clientèle facile à developp.

813. — **Paris.** — A reprendre **Cabinet dentaire** bien situé dans quartier populeux conviendrait a médecin, rec. 18 a 20 000 touch. indemn. a deb. toutes facilites.

814. — **Oise.** — Clientèle avec rapport constant 15.000 touch. 2.500 fixes transmiss dont chemin de fer, 2 med., 1 pharm., indemn. 5.000, compt. à deb. peu exigeant.

815. — **Paris XVIIIe.** — A ced. noyau client. rapportant 4.000 fixes transmiss. rec. en plus 4.000 loyer 1.300, ind mn. y compris materiel, 3.000 a deb.

819. — **Eure-et-Loir.** — Poste a reprendre dans très jolie campagne, centre d'excursion, rec. 28 à 30.000 dep. nombreuses années, conditions avantageuses.

825. — **Loiret.** — Client. anc. très fidele rec. 26.000 touch. dep. plusieurs années, indemn. à débat. peu compt. exige.

827. — **Isère.** — A céder client. campagne rec. 8 à 10.000, poste de tout repos, indemn. peu élevée.

828. — **Indre-et-Loire.** — Après décès, client. de 8.000 à developp., á céder dans bonnes conditions, peu de frais.

832. — **Paris-Centre.** — Noyau client. en progress. à reprendre a des conditions avantageuses, rec. 12.000 à developp.

833. — **Lyon.** — Cabinet ancien et honorable de **voies urinaires** à céder, rec. 35.000 touchés même depuis la guerre, indemnité à débattre, toutes facilités.

837. — **Station thermale connue.** — A céder client. de saison, rec. 10.000 touch. pouvant être developp. conditions avantageuses.

842 — **Manche.** — Dans jolie petite ville, pays de chasse, pêche, à reprendre client. de tout repos, pour reprise du bail et 600 fr.

843. — **Aube.** — Clientèle 20.000 touch. à céd. dans chef-lieu canton, titulaire accepterait la cession à l'essai, conditions avantageuses.

845. — **Docteur spécialiste** v. u. cherche cabinet sérieux Paris ou grande ville. verserait indemnité.

846. — **Docteur** au courant de la clientèle cherche **remplacement** Paris ou banlieue, peu exigeant.

847. — **Paris XIIe.** — A reprendre dans bonnes conditions client. ser. tres transmiss. toutes facilités de paiement present. à volonté. rec. 16.000 a développ.

848. — Veuve de chirurgien dentiste mort à la guerre, céderait **Cabinet dentaire** tout meublé, boul. Saint-Germain, rec. 12 a 15 000, prix de vente très moderé.

849. — **Docteur** prendrait poste fixe dans hôpital sanatorium, maison de santé, etc.

850. — Veuve de **Médecin dentiste** céderait de suite **Cabinet dentaire** tout meublé, clientèle superbe, 15 ans d'existence, rapp. annuel touch 35.000 facile à prouver, toutes facilités pour conditions de cession.

851. — **Docteur spécialiste** n. g. o., cherche remplacement à Paris.

853. — **Médecin réfugié** du Nord cherche à reprendre clientèle Paris ou banlieue immédiate.

856. — **Paris.** — Pharmacie sér. en plein rapport à céder, toutes facilités de paiement accordées à acquéreur sérieux.

857. — **Docteur** âgé cherche clientèle de tout repos dans le Midi, bords de la Riviera de préférence.

858. — **Paris.** — Apres décès, à reprendre noyau de clientele pouvant facilement être developpée. toutes facilités de paiement.

859. — **Docteur** disposant capitaux cherche à s'intéresser dans **Maison de santé** ou **affaire para-médicale** serieuse.

860. — **Etudiant en médecine**, 16 inscript, cherche remplacement, fait bicyclette, irait n'importe où.

861. — **Banlieue de Lyon** — Clientèle de 1er ordre, ser. rec., 15 ou 16.000 touch., très transmiss., indemn. à deb., peu exigeant, présentat. à volonté.

862. — **Marseille.** — A reprendre affaire **para-médicale**, très bien située, belle installation, toutes facilités de paiement a acquéreur sérieux.

863. — Dans ville d'eaux, Cabinet de Spécialité à céder (électricité médicale, rayons X). Bon rapport, affaire excessivement serieuse.

865. — **Docteur** non mobilisable relativement jeune et actif recherche bon poste de campagne.

867. — Femme de pharmacien mobilisé cherche emploi secrétaire ou sténo-dactylo chez médecin ou pharmacien.

868. — **Est** — Clientèle ancienne, rapportant 20.000 touchés, à reprendre pour 5.000 moitie comptant, présentation a volonte.

869 — **Bordeaux.** — Maison de santé en plein développement, demande associé apportant capitaux, bénéfices elevés.

870. — **Sarthe.** — Chef-lieu de canton. bonne et sérieuse clientèle d'un rapport constant de 20.000 francs, à reprendre dans conditions avantageuses. Pressé.

871. — **Marseille.** — A céder clinique-maison de santé, très bien située et susceptible d'être developpée. Conditions avantageuses.

872. — **Docteur réfugié** cherche à reprendre clientèle sérieuse Paris exclusivement, recettes minima 20.000 fr.

873. — **Remplaçant** sérieux, docteur ou étudiant à sa thèse est demande pour chef lieu de canton du Sud-Ouest.

874. — A reprendre **poste de campagne**, rec. 10.000 à développ., indemnité 800 fr. et reprise du bail. Pressé.

875. — **Clientèle** et installation de médecin tué à l'ennemi à céder à Paris, dans appartement exploité depuis 50 ans par médecins. Rendement annuel 40.000 fr. Grandes facilités de paiement. Le Journal transmettra.

876. — **Provence.** — Poste médical de docteur tué à l'ennemi, venant à peine de quitter sa clientèle, avec fixe important. Très belle situation pour docteur actif. Cabinet dentaire installé et d'un bon rapport en plus de la médecine. Tout intérêt a traiter de suite.

877. — **A vendre** par suite de décès : Bibliothèque et instruments medicaux. Meubles de salon et de cabinet. S'adresser à Mme Vve Raoult. 84, rue Lauriston, Paris (16e).

86e Année (Série XIVe) — N° 273 | Le Numéro : 25 Centimes | Mercredi 15 Décembre 1915

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal hebdomadaire fondé en 1830, paraissant tous les Mercredis

HOTEL DE LA GAZETTE
9, Rue Denis-Poisson, PARIS
Téléphones : Wagram 73-40, 98-05

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Editions Espagnole, Portugaise et Italienne 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTEUR
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Exposition Bruxelles 1910
Vice-Prés. de cl. Expos Gand 1913

Ancienne *Gazette de Santé* (142e Année)

Sommaire du Numéro du 15 Décembre 1915

ÉCHOS

Commission supérieure consultative du service de santé.

Un décret du 9 janvier dernier a institué au ministère de la Guerre une Commission supérieure consultative du service de santé militaire ; M. de Freycinet, président de cette Commission, et M. Léon Bourgeois, vice-président, ayant été appelés à faire partie du Gouvernement, il a fallu les remplacer. Le *Journal Officiel* a publié, en conséquence, un décret nommant les président, vice-présidents, membres et secrétaires de cette Commission.

Sont nommés président et vice-présidents de la Commission supérieure consultative : *Président* : M Louis Barthou, député, ancien président du Conseil ; *vice-présidents* : MM. Paul Strauss, sénateur ; Doizy, député ; Landouzy, doyen de la Faculté de Médecine.

Sont nommés membres : MM. Cazeneuve, sénateur ; Debierre, sénateur ; Herriot, sénateur ; Guiraud, Lancien, Merlin, Vincent, députés ; Chauffard, Quénu, Blanchard, professeurs à la Faculté de Médecine de Paris, membres de l'Académie de Médecine ; Siredey, médecin des hôpitaux ; Moureu, professeur à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris ; Langlois, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris ; Février, Chavasse, Vincent, médecins-inspecteurs ; Simonin, adjoint technique au sous-secrétaire d'Etat du service de santé militaire ; Pauleau, Schmidt, pharmaciens.

Les médecins auxiliaires.

Aux termes d'un décret que publie le *Journal Officiel*, pendant la durée de la guerre, les étudiants en médecine possesseurs à la mobilisation de quatre inscriptions valables pour le doctorat pourront être nommés à l'emploi de médecin auxiliaire après l'accomplissement d'un an de service aux armées depuis le commencement de la guerre comme infirmier régimentaire ou comme homme de troupe d'une section d'infirmiers.

Les nominations à l'emploi de médecin auxiliaire dans les conditions prévues ci-dessus seront faites aux armées et à l'intérieur par les directeurs du service de santé après constatation de l'aptitude professionnelle des intéressés et au fur et à mesure des besoins du service.

La première mise d'équipement.

M. Driant, député, ayant exposé à M. le ministre de la Guerre le cas d'un étudiant en médecine de la classe 1910, en sursis d'appel, mobilisé en août 1914 et nommé médecin auxiliaire, et ayant demandé si la circulaire du 6 décembre 1914, qui alloue l'indemnité de première mise d'équipement aux médecins de l'armée active lui est applicable, a reçu la réponse suivante :

Les médecins auxiliaires provenant des étudiants en sursis d'appel et nommés au titre de l'armée active ont droit à l'indemnité de première mise d'équipement. (Circulaire du 1er novembre 1915.) »

Une affaire de fraude pharmaceutique.

Un certain nombre de pharmaciens et de droguistes de Paris constataient depuis quelque temps que l'aspirine, qu'ils reçoivent ordinairement de l'étranger, en passant par Marseille, leur parvenait dépouillée de son principe actif, l'acétyl salicylique. Ce produit, qui vaut à l'heure actuelle 140 francs le kilo, était remplacé par une poudre sans efficacité.

Informé de ces faits, le parquet chargea M. Lavayssé, chef du service de la répression des fraudes à la préfecture de police, d'opérer, au hasard, des prélèvements chez la plupart des droguistes et des pharmaciens. A part quelques exceptions, M. Lavayssé, assisté du directeur de l'Ecole de pharmacie, constata que l'aspirine trouvée en leur possession était, elle aussi, débarrassée de l'acétyl salicylique.

M. Lavayssé cherche à établir si la fraude a été commise à l'étranger ou si c'est le réceptionnaire de Marseille qui a opéré cette substitution.

En attendant que les responsabilités soient établies, M. Roux, directeur du service des fraudes au ministère des Finances, a envoyé une circulaire mettant en garde tous les pharmaciens et droguistes de France qui, pour la plupart, s'approvisionnent à Marseille.

Les pensées du panseur.

D'un nouveau journal de guerre, *Le Panseur*, « humoristique, peu littéraire, intermittent, organe de tous ceux qui pansent et sont pansés », ces quelques pensées d'un panseur :

A l'hôpital les plus heureux ne sont pas toujours ceux qu'on panse. »

En ce moment, ce n'est pas la fortune qui vient en dormant, mais les punaises. »

1916
Notre Avenir

Post tenebras lux!

Sans doute, l'horizon n'est pas encore dégagé et la lutte sera longue ; mais les noirs soucis ont disparu, en partie du moins, et on peut envisager l'avenir avec plus de confiance.

Il n'est pas nécessaire de posséder le don de seconde vue des anciens prophètes pour vous annoncer que l'année qui débute sera infiniment meilleure que la précédente, qu'elle sera peu à peu le point de départ d'une ère de relèvement national, de transformation sociale, où nous serons plus heureux qu'autrefois, plus forts et plus unis, où le bonheur collectif cessera d'être une utopie. Dans un avenir plus ou moins lointain, plus rapproché peut-être qu'on ne le croit généralement, les améliorations matérielles marcheront de pair avec le perfectionnement moral ; on rivalisera de zèle pour aboutir à une conception plus sereine et plus équitable de la vie, on pourra s'occuper sérieusement des déshérités pour les secourir, les instruire et les consoler.

Après tant d'épreuves et de catastrophes, les médecins eux-mêmes, bien qu'habitués au sacrifice, auront droit à des compensations exceptionnelles : Puissiez-vous voir se réaliser vos convoitises du moment, bien que vous ayez eu déjà à sourire de l'ardeur dépensée pour la réalisation de certains rêves, en constatant combien ils se réduisaient à peu de chose.

Qu'importe ! Cette expérience décevante ne saurait nous empêcher de caresser d'autres aspirations, puisqu'on est généralement plus heureux par le désir que par la possession.

Aussi, je ne veux rien rétracter et vous souhaite encore une fois des félicités d'ordre supérieur, en proportions innombrables, surtout ce qui pourra vous réconforter en quelque sorte le corps et l'âme, prévenir défaillance et baillements devant la tâche quotidienne, c'est-à-dire devant le labeur de plus en plus âpre et le dévouement prodigué sans rémunération équivalente, après avoir tremblé plus d'une fois.

Redevenons optimistes, pour ne pas déchoir, pour ne pas nous abandonner à une veulerie déprimante, fatale à l'effort et à la persévérance.

An moment où la nature semble couvrir d'une robe blanche les laideurs terrestres, pour mieux les dissimuler, faisons comme elle, jetons un voile sur les détresses récentes, fermons les yeux pour mieux voir ce que le printemps nous tient en réserve, en ayant recours, selon la recette de Cherbuliez, à ce regard intérieur que tous les hommes possèdent et dont si peu savent se servir.

La porte sur l'infini reste toujours ouverte à ceux qui consentent parfois à s'envoler loin de nos misères.

On a écrit de fort jolies pages sur les jours de liesse de Noël et du Nouvel an, qui sonnent sans doute avec une régularité inflexible, à l'horloge du temps, le glas des mois révolus ; mais aussi qui font toucher les coudes à tous les membres d'une même famille, qui réchauffent les cœurs et les affections.

Je suis bien sûr que cette année en particulier, dans toutes les maisons où on pourra se réunir sans y constater trop de vides, l'intimité sera plus cordiale que jamais. Si le recensement laisse à désirer, on se consolera en parlant des chers disparus et en reportant ses espérances sur ceux qui restent valides et pleins d'entrain : « En attendant, la famille est là, groupée autour des grands-parents. On mesure, avec un serrement de cœur, l'étendue si courte de la chaîne. Entre ces cheveux blancs et ces cheveux blonds tient, d'anneau en anneau, toute la lignée. On n'entrevoit qu'un jalonnement de tombes ; mais si fort est l'instinct de la vie, si puissante sa brève ivresse, qu'on éprouve à se sentir ainsi groupés, une joie très douce. » (Victor Margueritte.)

Puisse cette félicité annuelle être particulièrement amène pour vous, cher confrère, et n'être assombrie de longtemps par aucun deuil dans votre parenté.

Pour ne pas rester plus longtemps dans les généralités, je m'empresse de préciser, en vous souhaitant d'apprécier la volupté des plaisirs de l'esprit, de ne jamais constater que le dégoût, la défiance et le découragement ont envahi votre pensée, de n'apercevoir, au contraire, que des éclaircies dans le lointain.

Je vous souhaite :

De pouvoir créer du bonheur autour de vous ; de voir votre maturité en quelque sorte couronnée par l'épanouissement de vos facultés les plus viriles ; de posséder au plus haut degré la séduction qui entraîne, l'esprit qui charme, le caractère qui subjugue ; de vous orienter sans cesse vers de plus douces clartés, selon le programme de mon compatriote, le philosophe Joubert, aux *Pensées* consolantes : « Voulez-vous haïr et mépriser, dit-il, faites-le avec esprit. Voulez-vous raisonner, faites-le avec grâce. Voulez-vous être austère, que la règle soit droite comme un fil flexible et non comme une barre de fer. Avez-vous de l'esprit et du cœur, ayez-les hospitaliers. Etes-vous généreux, soyez-le avec joie. »

Que nombreuses soient pour vous les heures de l'existence où l'on est heureux de vivre, fier de penser, celles où l'on sent l'apaisement et la clairvoyance, qui doivent nous consoler de la fuite des années !

Dr Grellety (de Vichy).

Les Médecins et la Guerre

(Nous déclinons toute responsabilité au sujet des erreurs qui pourraient se trouver dans cette liste).

Les Morts

M. A. Kopelman, médecin aide-major au 269e régiment d'infanterie, tué à Souchez le 27 septembre.

M. Fousseng (de Pertuis), tué à bord de l'*Amiral-Hamelin*.

M. Georges Daspres, médecin auxiliaire au 54e régiment d'infanterie, tué le 29 septembre.

M. Paul Flourens, médecin major d'un régiment d'infanterie coloniale.

M. Blondet, médecin auxiliaire au 269e régiment d'infanterie, tué à Souchez le 27 septembre.

M. Soulier, medecin aide-major de 1re classe au 42e bataillon de chasseurs à pied.

M. J.-Joseph Labadie, médecin major de 1re classe au 130e régiment d'infanterie.

M. Pierre Bertet, médecin aide-major de 1re classe au 8e régiment de tirailleurs algériens.

M. Hebrard, médecin aide-major de 1re classe d'un groupe de brancardiers.

Les Décorés

LEGION D'HONNEUR

Officier. — M. Reboud, médecin principal de 1re classe territorial, medecin chef de l'hôpital militaire d'une place.

M. Pascaud, médecin principal de 2e classe territorial, médecin chef d'un centre hospitalier.

M. Lanel, médecin principal de 2e classe de réserve, chef du service de santé d'une division d'infanterie.

M. Cot, médecin principal de 2e classe de réserve, chef du service de santé d'une division d'infanterie.

M. Foubert, médecin major de 1re classe territoriale à Oudja (Maroc).

M. Bœckel, médecin-major de 2e classe territoriale, hôpital no 101, à Lyon.

M. Sorel, médecin major de 1re classe au 23e régiment d'infanterie coloniale.

M. Doreau, médecin major de 1re classe au 22e régiment d'infanterie coloniale.

M. Albert, médecin major de 1re classe au groupe de brancardiers d'une division d'infanterie.

M. Pichon, médecin principal de 2e classe, chef du service de santé d'une division.

M. Foutrein, médecin major de 1re classe au 24e régiment d'infanterie coloniale.

M. Lamy, médecin major de 1re classe (médecin divisionnaire) au quartier général d'une division coloniale.

M. Martin, médecin major de 2e classe au 3e régiment de marche de zouaves.

Chevalier. — M. Fassina, médecin aide-major de 2e classe au 109e régiment d'infanterie.

M. Tavernier, médecin aide-major de 2e classe à titre temporaire au 101e régiment d'infanterie.

M. Julia, médecin major de 1re classe, médecin chef de l'ambulance 12/9.

M. Fuster, médecin major de 2e classe, service de santé d'une division d'infanterie, chef d'une ambulance.

M. Le Stunf, médecin major de 2e classe, médecin chef de l'ambulance 2/61.

M. Schweisguth, médecin major de 2e classe à titre temporaire, médecin chef de l'ambulance 2/2.

M. Bourguignon, médecin major de 2e classe au service de santé d'une division d'infanterie.

M. Julié, médecin major de 1re classe, médecin chef de l'ambulance 16/8.

M. Boutroux, médecin aide-major de 1re classe à l'ambulance 2/61.

M. Laffage, médecin major de 2e classe de territoriale, au Maroc.

M. Trucby, médecin major de 1re classe au 14e régiment territorial d'infanterie.

M. Michel, médecin major de 1re classe au 52e régiment territorial d'infanterie.

M. Perruchet, médecin major de 2e classe du service de santé d'une région fortifiée.

M. Genouville, médecin major de 2e classe, médecin chef d'une ambulance.

M. Fosse, médecin major de 1re classe au 115e régiment territorial d'infanterie.

M. Chastenet, médecin major de 2e classe au service de santé d'une division territoriale.

M. Gagey, médecin aide-major de 1re classe à l'ambulance 7/VII.

M. Regnault, médecin major de 1re classe au 248e régiment d'infanterie.

M. Mathis, médecin major de 1re classe au 7e régiment d'infanterie coloniale.

M. Menu, médecin major de 1re classe, chef d'un centre hospitalier.

M. Brisard, médecin major de 1re classe, chef de l'ambulance 6/11.

M. Sauvain, médecin aide-major de 1re classe à l'ambulance 16/12.

M. Laurençon, médecin bénévole à l'hôpital auxiliaire no 10, à Saint-Chamond.

M. Soulié, médecin aide-major de 1re classe au 42e bataillon de chasseurs à pied.

M. Weiss, médecin major de 2e classe au 11e régiment d'infanterie coloniale.

M. Fauqué, médecin aide-major de 1re classe au 2e régiment de marche du 1er étranger.

M. Papin, médecin aide-major de 1re classe à l'armée territoriale à l'ambulance 2/60.

M. Cheynel, médecin major de 1re classe au 4e régiment d'infanterie coloniale.

M. Patterson, médecin major de 2e classe au groupe de brancardiers d'une division d'infanterie coloniale.

M. Roton, médecin major de 2e classe au 22e régiment d'infanterie coloniale.

M. Jauréguiber, médecin major de 2e classe au 7e régiment d'infanterie coloniale.

M. Bourragné, médecin major de 2e classe au 21e régiment d'infanterie coloniale.

M. Brionval, médecin major de 2e classe au 2e régiment de tirailleurs de marche.

M. Humbert, médecin major de 1re classe de territoriale au 236e régiment d'infanterie.

M. Pacalin, médecin major de 2e classe au 9e régiment de marche de zouaves.

M. Ducourthial, médecin major de 2e classe au 418e régiment d'infanterie.

M. Héron de Villefosse, médecin major de 2e classe au 60e régiment d'infanterie.

M. Guéricolas, médecin major de 1re classe au 42e régiment d'infanterie.

M. Landrin, médecin major de 1re classe au 35e régiment d'infanterie.

M. Gauthier, médecin major de 2e classe de réserve, ambulance 6/7.

M. Gallier, médecin major de 2e classe au 5e régiment d'infanterie coloniale.

M. Le Roy, médecin major de 2e classe au 2e régiment d'infanterie coloniale.

M. Merlet, médecin aide-major de 2e classe à titre temporaire au 1er régiment d'infanterie coloniale.

M. Fell, médecin major de 2e classe au 42e régiment d'infanterie coloniale.

M. Faideau, médecin major de 2e classe au 415e régiment d'infanterie.

M. Goursoloes, médecin major de 2e classe au 7e régiment de zouaves.

M. Sirot, médecin major de 1re classe au 3e régiment de zouaves.

M. Idrac, médecin major de 1re classe au 151e régiment d'infanterie.

M. Louis, médecin major de 2e classe au groupe de brancardiers d'un corps d'armée.

M. Giudic, médecin major de 2e classe au 6e régiment d'infanterie coloniale.

(Voir la suite page VII.)

ANESTHÉSIE RÉGIONALE

de la Tête, du Cou et du Tronc

Technique de V. Pauchet et P. Sourdat (1)

Par Mlle G. PHILIPPE et M. PIERRE GEORGES

Externes de M. le Professeur agrégé Walther chirurgien de l'hôpital de la Pitié

Quatre-vingts pour cent des opérations, même les plus importantes, peuvent être faites avec *anesthésie localisée*. A la tête et au cou, cette méthode rend les interventions plus faciles ; au niveau du thorax et de l'abdomen, elle les rend plus hénignes parce que moins de choc et moins d'altération des tissus pulmonaire, hépatique et rénaux.

La technique est facile; sans aucune éducation spéciale, les internes de notre service ont ohtenu d'emblée des succès avec l'anesthésie localisée ; tous les élèves du

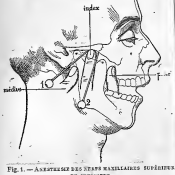


Fig. 1. — ANESTHESIE DES NERFS MAXILLAIRES SUPÉRIEUR ET INFERIEUR

La main gauche de l'opérateur saisit les deux bords du maxillaire inférieur entre le pouce et le médius, tandis que l'index repère le bord inférieur de l'apophyse zygomatique, exactement au milieu de l'intervalle des deux bords du mendibule.

L'aiguille 1 vise le trou ovale (maxillaire inférieur), elle penètre à 4 centimètres environ, perpendiculairement à la surface de la peau ; elle suit la base du crâne et rencontre l'apophyse ptérygoïde, elle incline alors un peu en arrière, tombe dans le vide ; là est le trou ovale.

L'aiguille 2 vise le nerf maxillaire supérieur ; elle pique la peau immediatement en avant de l'index ; le malade ouvre un peu la bouche pour dégager l'apophyse coronoïde ; l'aiguille se dirige un peu en avant et en haut (sur la figure l'aiguille est beaucoup trop inclinée). La pointe sent le versant postérieur du maxillaire supérieur ; elle le suit en se dirigeant un peu en haut ; elle arrive au tron sphéno-palatin (4 centimètres environ de profondeur) ; le malade sent un « éclair » dans les dents supérieures, la solntion est injectée.

(Les 2 aiguilles doivent être moins obliques, plus perpendiculaires à la surface de la peau.)

service l'appliquent journellement avec de bons résultats. Sur 10 anesthésies, 5 sont parfaites, 4 suffisantes, et une mauvaise; les résultats sont meilleurs chaque jour avec notre expérience.

Avec l'anesthésie localisée nous avons vu faire par MM. Walther et Pauchet, les opérations suivantes : Trépanation. — Goître. — Cancer du larynx. — Cancer de la langue. — Tumeur du cou. — Amputations. — Pleurotomie. — Résection de côtes. — Amputation du sein. — Herniotomie. — Choledochotomie. — Gastrectomie pour cancer et ulcère. — Colectomie pour cancer. — Périnéoraphie. — Cancer du rectum. — Hémorroïdes. — Extirpation de la vessie. — Suture de rotule. — Dissection de nerfs. — Extirpation de cicatrices.

Nous employons la solution de néocaïne surrénine et, comme instrument, la « *bonne seringue* » de 10 cm. cubes et les « *bonnes aiguilles* » (1) très fines, très pointues, de longueurs variables (3-6-9 cm.)

L'opération anesthésique dure de 5 à 15 minutes ; il faut attendre de 5 à 15 minntes avant d'opérer. L'anesthésie dnre de 1 h. 1/2 à 2 heures, suivant la dose.

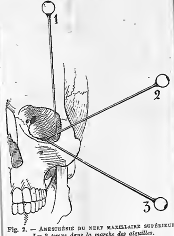


Fig. 2. — ANESTHÉSIE DU NERF MAXILLAIRE SUPÉRIEUR
Les 3 temps dans la marche des aiguilles.

L'aiguille 1 traverse la peau immédiatement au-dessous de la commissure externe des paupières ; elle atteint le rebord de l'orbite ; sa direction est verticale ; dès qu'elle touche le plancher de l'orbite elle s'incline et avance en suivant l'angle inféro-externe, tombe dans la fente sphéno-maxillaire ; immédiatement elle devient horizontale et vise le milieu de la base du crâne (3) ; elle pénetre à 4 ou 5 centimètres ; la solution est injectée.

Le principe de la méthode est le suivant : Anesthésier d'abord le derme au moyen de petits *boutons* dermiques faits avec l'aiguille fine et courte. Par ces houtons anesthésiques l'aiguille pénètre et anesthésie les

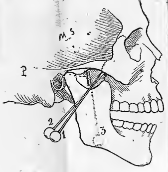


Fig. 3. — ANESTHÈSIE DES NERFS MAXILLAIRES SUPÉRIEUR ET INFÉRIEUR

1 pique la peau au ras du bord inferieur du zygoma et se dirige nn peu en-dedans et en haut ; chemine sur le versant de l'os maxillaire supérieur et atteint le trou grand rond (2) (nerf maxillaire supérieur). L'aiguille 3 pique à un travers de doigt en arrière de la précédente, se dirige non verticalement comme sur l'image, mais horizontalement vers l'apophyse ptérygoïde (p) qu'elle rencontre an niveau de la base du crâne ; elle incline un peu en arrière et rencontre le tron ovale (nerf maxillaire inférieur (M-S).

territoires profonds, muscles et troncs nerveux.

CRANE

Les nerfs sensitifs du crâne passent par une ligne encerclant ce dernier, au niveau des paupières et de la protubérance externe (tour du chapeau); ils innervent toutes les couches, peau, périoste, os. Comme les méninges et le cerveau sont insensibles, toute opération crânienne peut se faire avec anesthésie régionale. Employer la solution faible de néocaïne-surrénine.

1° Faire quelques houtons dermiques avec la solution faible, et l'aiguille fine et courte.

2° Injection des couches profondes, épicrâne et muscles, piquer jusqu'à l'os par les houtons dermiques, et injecter quelques centimètres cubes de la solution, 1 cmc. par cm. de longueur.

FACE

Elle est innervée par les hranches du trijumeau. Il fandra anesthésier le derme au moyen de houtons, puis enfoncer l'aiguille au niveau des troncs nerveux. Pour ces derniers employer la solution forte de néocaïne-surrénine. (2 0/0).

a) NERFS SOUS-ORBITAIRES

Chercher le hord inférieur de l'orhite, repérer le milieu; 1/2 cm. au-dessous, constater que ce point coïncide avec l'intervalle des 2 petites molaires ; enfoncer l'aiguille à travers un houton dermique et chercher le trou sous-orhitaire. Plonger l'aiguille et injecter 1 cmc. de solution forte.

b) NERFS MAXILLAIRES SUPÉRIEUR ET INFÉRIEUR PAR VOIE EXTERNE

Il faut amener la pointe de l'aiguille au niveau des trous grand rond et ovale ; l'un

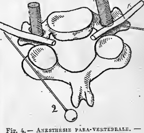


Fig. 4. — ANESTHÉSIE PARA-VERTÉBRALE. — *Cou.*

Deux moyens d'anesthésier les branches du plexus cervical. Voie d'accès postérieur ; voie d'accès latéral.

L'aiguille 1 pique directement la masse des parties molles latérales au-dessous de la pointe de l'apophyse mastoïde et suivant une ligne verticale ; elle rencontre les nerfs, mais risque de piquer l'artère vertébrale.

L'action de l'aiguille 2 est moins directe, aussi sûre et évite l'artère vertébrale.

est immédiatement en avant de l'apophyse ptérygoïde, l'autre en arrière. Voici comment on les repère :

Prendre l'aiguille de 6 cm. et savoir que quand elle sera enfoncée de 4 à 5 c. suivant la largeur de la tête, sa pointe correspondra aux trous ovale et grand rond ; au hesoin repérer la longueur en nouant un fil à 1 cm. de la douille de l'aiguille.

L'opérateur saisit la hranche montante du maxillaire supérieur entre le pouce et le médius de la main gauche, puis il applique l'index de la même main sur l'arcade zygomatique, à égale distance des deux hords de ce maxillaire. S'il veut atteindre le maxillaire supérieur, il pique au niveau de l'index au ras de l'apophyse zygomatique ; s'il veut atteindre le maxillaire inférieur il pique en arrière de l'index.

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

A travers un houton dermique l'aiguille de 6 cm. se porte presque horizontalement, mais plutôt un peu en haut, et un peu en avant ; elle s'enfonce à 4 cm. après avoir senti le hord inférieur de l'acrade zygomatique ; si elle pique trop en avant elle ren-

(1) Pauchet et Sourdat. *Anesthésie Régionale.* Doin éditeur. Paris, 1914.

(1) Instrumentation de Collin.

contrera l'os maxillaire supérieur, suivra sa paroi et tombera dans le vide. Le malade éprouvera un petit éclair dans les dents; l'opérateur injectera 5 cmc. de la solution forte. Si l'aiguille a visé trop en arrière elle rencontrera l'apophyse ptérygoïde; l'opérateur portera la pointe un peu en avant, et tombera encore sous le nerf maxillaire supérieur.

MAXILLAIRE INFÉRIEUR

L'aiguille pénètre en arrière de l'index et vise presque transversalement et un peu en haut, elle bute contre l'apophyse ptérygoïde au ras de la base du crâne; elle se retire, se dirige un peu plus en arrière et tombe dans le vide. Le malade éprouve un éclair dans la machoire inférieure; l'opérateur injecte sa solution forte de néocaïne-surrénine.

c) NERF MAXILLAIRE SUPÉRIEUR PAR VOIE ORBITAIRE

Il s'agit de trouver le trou grand rond en passant par l'orbite au sommet de celui-ci, c'est-à-dire à l'extrémité de la fente sphéno-maxillaire. — Procédé facile. —

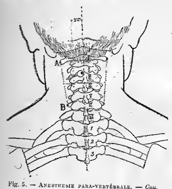


Fig. 5. — ANESTHESIE PARA-VERTÉBRALE. — *Cou.*

Palper le cou latéralement, sentir la mastoïde et les apophyses laterales des vertèbres cervicales, reconnaître la saillie de la sixieme. Pour anesthesier le plexus cervical et même brachial, infiltrer les parties molles immédiatement en dehors de la saillie latérale des vertebres. Diviser la hauteur du cou en 4 segments; au niveau de chacun d'eux, enfoncer l'aiguille.

Piquer à 2 centimetres (un travers de pouce) de la ligne médiane. L'aiguille rencontre le plan oblique des lames vertébrales; elle le suit et se dirige en dehors; dès que la pointe cesse de « sentir » la surface osseuse elle doit s'arrêter. Faire 4 piqûres.

L'opérateur fait un bouton dermique immédiatement au-dessous de la commissure externe des paupières, puis prend l'aiguille de 6 cm. la tient verticalement, pique le bouton dermique, vise le rebord orbitaire très en dehors vers l'angle inféro-externe de l'orbite, incline un peu l'aiguille pour diriger la pointe en arrière, rencontre la fente sphéno-maxillaire et tombe dans le vide. Immédiatement l'aiguille devient horizontale et vise en arrière et en dedans le centre de la base du crâne, puis elle enfonce de 4 cm. environ, se sent arrêtée. Le malade éprouve un éclair dans les dents; l'opérateur injecte 5 cmc. de la solution forte.

d) NERF OPHTALMIQUE (Nerf nasal).

Pour obtenir l'anesthésie des fosses nasales, il faut anesthésier les rameaux ethmoïdaux du nasal. Faire un bouton dermique à 1 cm. au-dessus de la caroncule lacrymale; enfoncer l'aiguille de 6 cm. en suivant l'angle supéro-interne de l'orbite sur une longueur de 4 cm., en injectant la solution forte.

NERFS FRONTAL ET LACRYMAL

Faire un bouton dermique à 1 cm. au-dessus de la commissure externe; enfoncer l'aiguille de 6 cm. en arrière en sentant toujours l'os de la paroi externe; dès que la pointe s'arrête c'est qu'elle bute contre la



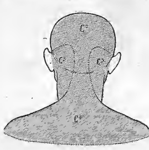


Fig. 6 et 6 *bis.* — ANESTHÉSIE CERVICALE PARA-VERTÉBRALE

Zone cutanée anesthésiée par la voie cervicale para-v erté brale.

paroi supérieure de l'orbite et qu'elle croise la fente sphénoïdale. — Injecter la solution f rte; à ce moment la pointe est à 5 cm. environ.

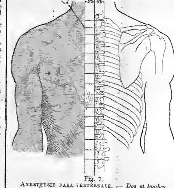


Fig. 7.

ANESTHESIE PARA-VERTÉBRALE. — *Dos et lombes.*

Piquer à 35 mm. (2 travers de doigt) de la ligne médiane :

a) A la région *dorsale* l'apophyse épineuse correspond a l'articulation costo-vertébrale de la côte sous-jacente; l'aiguille « sent » l'apophyse transverse et passe *au-dessous* d'elle.

b) A la région *lombaire* l'apophyse épineuse correspond à l'apophyse transverse de ce même vertebre; l'aiguille passe *au-dessus* de l'apophyse transverse.

Après avoir rasé le bord inferieur de l'apophyse transverse dorsale ou supérieure de la lombaire, l'aiguille s'enfoncera à 1 centimetre en avant et un peu en dedans.

NERF DENTAIRE INFERIEUR

Ouvrir la bouche du sujet, chercher l'épine de Spix qui est à 1 cm. au-dessus et à 1 cm. en dedans de la dernière molaire; sentir avec le doigt une petite surface triangulaire; piquer le muscle à ce niveau; injecter, c'est là que se trouve le nerf dentaire inférieur.

ANATHÉSIE DU COU

Suivant le même principe que l'anesthésie para-vertébrale des régions dorsales et lombaires : atteindre les nerfs rachidiens à leur émergence des trous de conjugaison.

Nous rappelons que les diverses branches cervicales se répartissent ainsi :

C2 : Nuque et région Occipitale.

C3 : Parties antéro-latérales du cou et niveau de la machoire.

C4 : Epaules et baut du bras.

Les autres paires ne nous intéressent pas, ne se rendant pas au cou (C1 : non plus, car purement motrice.)

Technique ;

1° Repérer 2 travers de doigt de l'apophyse épineuse de la septième cervicale. Joindre ce point, par une ligne allant de bas en haut et de dedans en dehors, à l'apophyse épineuse de l'atlas que l'on sent sous la mastoïde. Diviser cette ligne en 4 parties correspondant respectivement aux vertèbres C2, C3, C4 et C5.

2° Injecter (solution à 1 0/0) une largeur

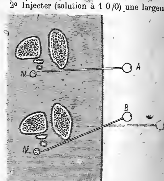


Fig. 8.

ANESTHESIE PARA-VERTEBRALE. — *Région dorsale.*

L'aiguille A pénètre sous l'articulation costo-vertébrale et rencontre immédiatement le nerf (n).

L'aiguille C pique directement sur l'os, puis elle oblique par en bas pour atteindre le nerf (n). Si l'obliquité est trop grande il est preferable de retirer l'aiguille et de piquer plus bas la peau (le derme est anesthésié) de façon à procéder comme l'aiguille A, car l'obliquité trop grande de l'aiguille B risquerait de manquer le nerf.

de 1 cm. sur toute la longueur du territoire à anesthésier (bande sous-cutanée). (Si l'injection ne doit intéresser que l'une des régions latérales du cou n'injecter que les racines correspondant à cette région. Il est nécessaire, le plus souvent, d'anesthésier les racines des 2 côtés.

3° Enfoncer l'aiguille et la diriger en avant et en dehors, parallèlement aux lames vertébrales. (La profondeur est de 5 cm. environ.

4° Injecter 5 cm3 de néocaïne-surrénine à 2 0/0.

Recommencer de même pour chaque tronc.

VISCÈRES

(*Poumons, estomac, foie, intestins, reins.*)

L'anesthésie para-vertébrale permet d'anesthésier non seulement les parois thoraco-abdominales, où se rendent les nerfs dorsaux et lombaires, mais en atteignant ceux-ci à leur émergence, au niveau des trous de conjugaison, elle anesthésie les viscères.

Les diverses paires dorsales se distribuent ainsi :

D1-D2-D3. — Cœur et poumons.

D1-D2-D3-D4. — Poumons.

D6-D7-D8-D9. — Estomac.

D8-D9-D10. — Foie et voies biliaires.
D9-D10-D11-D12. — Intestin.
D10-D11-D12. — Reins et partie supérieure de l'uretère.

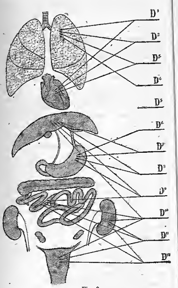


Fig. 9.
COMMENT L'ANESTHÉSIE PARA-VERTÉBRALE ATTEINT LES VISCÈRES et permet les interventions sur le *poumon*, le *foie*, le *rein* et *l'intestin*.
La solution injectée immédiatement en dehors du trou de conjugaison baigne les rameaux du sympathique qui se distribue aux viscères.

D10-D11-D12. — Testicules, ovaires et corps utérin.

Nous rappelons que le 1er nerf dorsal passe par le trou de conjugaison formé par la

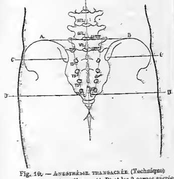


Fig. 10. — ANESTHÉSIE TRANSACRÉE (Technique).
Repérer les 2 crêtes iliaques (A-B) et les 2 cornes sacrées (D-D) et l'épine postéro-supérieure (C-C). Celle-ci correspond à la fossette fessière.
Sur la ligne A-B repérer un point à 4 centimètres de la ligne médiane ; au niveau des cornes sacrées repérer un point à 15 mm. de la ligne médiane. Regagner ces 2 points par une ligne oblique (X-X), celle-ci correspond exactement aux trous sacrés.
Remarquer que le TS-1 est à 35 mm. de la ligne médiane ou bien à un travers de pouce au-dessus du point C et à un travers de pouce en dedans de lui ; que le TS-2 est exactement à un travers de pouce en dedans de C ; que TS-5 est immédiatement en dehors des cornes sacrées ; et que les trous sacrés sont séparés l'un de l'autre par un bon travers de doigt ; un peu plus pour les supérieurs, un peu moins pour les inférieurs.

première vertèbre dorsale et la seconde et que le douzième passe par celui qui circonscrit la douzième dorsale et la première lombaire. Les nerfs lombaires passent par les 5 trous correspondant.

Technique :

1° Repérer la ligne médiane, au moyen des apophyses épineuses, tracer une verticale à un bon pouce en dehors de cette ligne.

2° Infiltrer une bande dermique d'un cm. de largeur (solution faible de néocaïne surrénine) sur toute la longueur du territoire à anesthésier : (soit pour un estomac : D6 à L2 de chaque côté de la ligne médiane, pour un rein D8 à L3 du côté malade).

3° Repérer l'espace compris entre les apophyses transverses.

4° Enfoncer l'aiguille (à 4 ou 5 cm.) elle bute contre l'os il suffit de l'amener contre le bord de cet os et de la diriger vers la ligne médiane, un peu en dedans.

5° Injecter 5 cmc. de solution (néocaïne surrénine) (1) et le nerf est baigné.

Recommencer ainsi pour chaque espace.

Pour les nerfs lombaires, enfoncer l'aiguille (2) exactement à la hauteur de l'apophyse épineuse, passer un peu au-dessus de l'apophyse transverse.

ANESTHÉSIE SACRÉE (*Périnée et Bassin*).

Les opérations sur le *périnée* et le *bassin* peuvent être faites à l'aide de l'anesthésie régionale en baignant de néocaïne-surré-

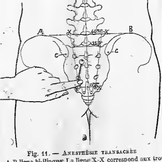


Fig. 11. — ANESTHÉSIE TRANSACRÉE
A-B ligne bi-iliaque. La ligne X-X correspond aux trous sacrés, C correspond à l'épine iliaque postero-supérieure à la fossette fessière.
L'aiguille vise les trous sur la ligne X-X, chaque injection est poussée à un travers de doigt au-dessous de la précédente. Ici l'index repère par sa largeur la situation des deux derniers trous sacrés.

nine (3) les nerfs sacrés à l'aide d'une injection faite par les trous sacrés postérieurs.

La rachi-anesthésie réalise aussi l'indolence opératoire, mais elle est aussi grave que le chloroforme et donne une anesthésie plus courte que l'injection sacrée.

L'anesthésie sacrée, d'une bénignité absolue, permet de faire un grand nombre d'opérations courantes : hémorroïdes, cancer du rectum, prolapsus génital, prostatectomie, curetage, suture de l'urètre, etc...

MATÉRIEL. — *2 aiguilles*.

(Aiguilles et seringue de Collin).

Celle de trois centimètres pour les boutons dermiques, et celle de 6 ou 9 centimètres pour les troncs nerveux.

Deux solutions de néocaïne-surrénine, la faible pour les boutons dermiques (1/200) et la forte (1/50) pour les troncs nerveux.

MANUEL OPÉRATOIRE

Position du sujet, à plat ventre sur la table d'opération. La peau est *nettoyée* à l'essence minérale. Un petit *bâton iodé* marque les points de repère.

Repérage des trous sacrés postérieurs. — Chercher les crêtes iliaques les cornes du sacrum et l'épine iliaque postéro-supérieure.

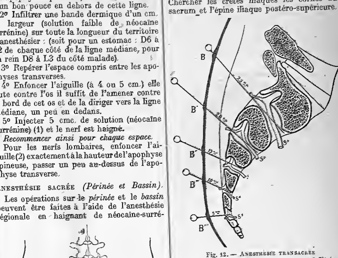
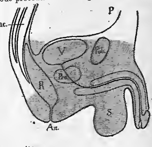


Fig. 12. — ANESTHÉSIE TRANSACRÉE
Chaque trou sacré est repéré ; la peau est infiltrée de quelques gouttes de solution formant *un bouton dermique* (B-B1-B2-B3-B4). A travers le bouton anesthésique l'aiguille est enfoncée et pénètre plus ou moins suivant la hauteur du trou.
Les chiffres indiqués sur l'aiguille correspondent à la longueur de chaque canal sacré.

Cette dernière correspond sur la peau à la « fossette fessière » à deux ou trois travers de doigt de la ligne médiane.

Pour marquer la ligne des trous sacrés vous procédez ainsi : Joignez les deux crêtes



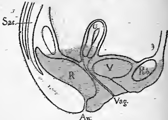


Fig. 13 et 14.
VISCÈRES ANESTHÉSIÉS PAR VOIE TRANSACRÉE
Péritoine pelvien, vessie, prostate, rectum, anus, scrotum, urètre, col utérin, vagin.
La zône grise est rendue insensible par l'injection sacrée.

iliaques par une ligne transversale, marquez un point iodé sur cette ligne à 4 centimètres de la ligne médiane. Recherchez ensuite l'articulation sacro-coccygienne, puis à nouveau à un centimètre de la ligne médiane tatouez un point iodé. Rejoignez le point

(1) La néocaïne est obtenue par synthèse au laboratoire Corbière. La surrénine est un produit naturel extrait des capsules surrénales du mouton. On emploie une goutte de surrénine par cmc. de néocaïne.

(2) Voir pour les détails techniques : *Anesthésie régionale* par PAUCHET et SOURDAT. — Doin Editeur. — Paris.

(3) Voir les détails dans le livre de *Pauchet* et *Sourdat*, anesthésie régionale, Doin, éditeur, Paris (1914).

upérieur et le point inférieur par une ligne oblique. Sur cette ligne se trouvent les cinq trous sacrés.

Reconnaissez maintenant le siège de la « fossette fessière » qui correspond à l'épine iliaque postéro-supérieure ; là, se trouve le deuxième trou sacré, à un travers de pouce de la ligne médiane.

Les trous sacrés sont pratiquement distants de un travers de doigt l'un de l'autre, de haut en has.

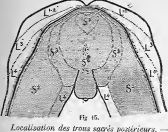


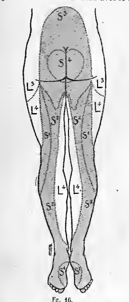
Fig 15.

Localisation des trous sacrés postérieurs. — Prenez trois repères :

1° *Cornes sacrées.* — Au fond du pli interfessier, palpez le coccyx remontez et reconnaissez les deux cornes qui font saillie.

2° *Epine iliaque postéro-supérieure.* — Elle correspond à la « fossette fessière » toujours visible. Pour la sentir suivez avec le doigt d'avant en arrière la crête iliaque, vous reconnaissez la saillie.

3° *Epine épineuse de la 5e lombaire.* — Il n'est pas commode de la sentir avec le doigt,



Fg. 16.

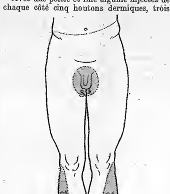
sauf chez les sujets maigres, mais si vous prenez le point culminant des crêtes iliaques et les réunissez par une ligne horizontale, l'épine lombaire 5 est à un hon travers de pouce au-dessous de cette ligne.

Les trous sacrés correspondent pratiquement à la ligne oblique étendue de la ligne bi-iliaque à l'articulation sacro-coccygienne ; ou pour parler d'une façon plus précise, elle correspond à une ligne commençant en haut à trois centimètres en dehors de l'apophyse épineuse lombaire 5 et finissant en has aux cornes sacrées. Sur une de ces deux lignes obliques, les trous sont distants à peu près d'un hon travers de doigt l'un de l'autre, un large travers de doigt pour les premiers, un petit travers de doigt pour les derniers.

Pour préciser encore davantage, le premier trou sacré se trouve à un travers de pouce au-dessus et en dedans de l'épine iliaque postéro-supérieure. le deuxième trou sacré au niveau de l'épine postéro-supérieure à un pouce de la ligne médiane, le troisième trou à un travers de doigt au-dessous du précédent, le cinquième est exactement au dehors et au niveau des cornes sacrées, le quatrième est entre les deux derniers.

Technique :

Avec une petite et fine aiguille injectez de chaque côté cinq houtons dermiques, trois



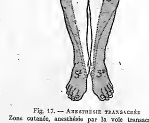


Fig. 17. — Anesthesie transacrée
Zone cutanée, anesthésie par la voie transacrée.

ou quatre houtons sont presque toujours suffisants suivant l'opération qu'on doit faire. Ainsi pour les prostatectomies il suffit d'injecter S2 et S3, pour les cancers du rectum S2, S3, S4, S5.

Chaque houton étant fait, infiltrer (avec la solution faible) les parties molles qui séparent les houtons dermiques du squelette de façon à ce que le sujet ne sente pas de douleur au moment de la pénétration de la longue aiguille : saisir alors l'aiguille de 6 ou 9 centimètres, pénétrer au point repéré jusqu'à ce qu'on tombe dans le trou, on y arrive toujours car les trous sont larges. Il faut enfoncer l'aiguille plus ou moins suivant le niveau où l'on se trouve et d'autant plus profondément que le trou est plus élevé, ainsi S1 présente une longueur de 25 m/m. S2 : 20 m/m, S3 : 15 m/m, S4 : 10 m/m et S5 : 5 m/m.

Le malade éprouve à chaque piqûre une sensation désagréable dans les membres inférieurs ou le hassin, vous injectez deux ou trois centimètres cubes de la solution forte, vous attendez un quart d'heure et vous opérez. L'anesthésie dure une ou deux heures.

Cette technique est d'application facile, ce qui tient à ce que les points de repères sont précis; l'anesthésie est absolue.

Lavage de sang ou Cure de Désintoxication

Par le Docteur Paul SUARD

Ancien professeur agrégé aux Ecoles de médecine navale
Ancien médecin des Hôpitaux

1° Dans les états *morbides, chroniques*, traduisant une intoxication générale par insuffisance glandulaire ou défaut d'élimination : migraine, goutte, rhumatisme, néphrite, gros foie, entéro-colite.

2° *Affections urinaires* infectieuses ou calculeuses.

3° *Artério-sclérose* ou *arthritisme*, surtout pendant les périodes d'insuffisance rénale ou hépatique : essoufflement, palpitations, névralgies.

4° *Affections cutanées ou muqueuses* : eczéma, acné, furonculose, anthrax, gingivite.

5° Préparation aux *opérations chirurgicales* chez les sujets « insuffisants », emphysémateux, arthritiques, diabétiques, obèses, congestifs, migraineux, etc.

Les indications sont innombrables non seulement dans les cas pathologiques, mais même chez les sujets normaux alors que ceux-ci se sont surmenés, fatigués, intoxiqués, énervés.

La cure de désintoxication comprend un régime de début, un régime de transition et un régime définitif.

1° *Régime de début* (durée de 2 à 8 jours), il comprend le régime *hydrique, fruitarien* ou *lacté*.

a) *Régime hydrique.* — Le sujet boira uniquement de l'eau (Evian, Contrexéville, Vittel, Vichy, Vals) ou des tisanes chaudes additionnées ou non de jus d'orange ou de citron (deux à six citrons ou oranges par jour). L'eau naturelle sera additionnée d'une cuillerée à soupe d'urodonal par litre qui provoque l'élimination des déchets par le rein.

h) *Régime fruitarien.* — C'est un régime composé uniquement de fruits juteux crus sans sucre et sans pain. Il comprend 5 repas en 24 heures. Les meilleurs fruits sont le raisin ou les oranges, suivant la saison, mais tous les fruits juteux sont bons, poires, pommes, cerises, prunes, pêches, abricots.

Il est indispensable de mâcher les fruits lentement. Les dyspeptiques qui ne digèrent pas les fruits quand ils les mélangent à d'autres aliments, les consomment sans inconvénients quand ils les prennent à l'exclusion absolue des autres.

c) *Régime lacté.* — Consommer de un à deux litres de lait par jour, lait naturel écrémé ou caillé ou bulgare et avaler en même temps 6 comprimés de sinubérase (comprenant les 3 ferments lactiques) à chaque repas. Les dyspeptiques qui se plaignent de ne pas digérer le lait doivent le mâcher, l'insaliver ; le lait conservé un instant dans la houche digère hien. Ne pas dépasser la dose d'un litre et demi par jour.

Il n'est pas nécessaire de suivre l'un de ces trois régimes exclusivement, les trois peuvent se combiner : *régime hydrique* le matin, *régime lacté* à midi, *régime fruitarien* le soir. Boire un grand verre d'eau au lever et au coucher additionné d'urodonal.

2° *Régime de transition.* — Ce sera un régime végétal exclusif. Il comprendra :

a) *Repas du matin.* — Fruits juteux pris exclusivement sans pain et sans boisson.

b) *Repas du midi.* — Trois plats de céréales (riz, maïs, pâtes, avoine), légumes verts et gâteaux secs.

c) *Repas du soir.* — Potage maigre épais, un plat de légumes et des fruits. Consommer le pain complet rassis et cuire les légumes à la vapeur.

Les personnes habituées au régime omnivore trouve la cuisine végétarienne fade et peu variée, rien n'est plus faux, il suffit de connaître les végétariens pour voir l'abondance des recettes culinaires et l'extrême gourmandise de la plupart d'entre eux.

Au réveil et au coucher, boire un grand verre d'eau additionné d'urodonal.

3° *Régime définitif.*

a) *Repas du matin.* — Fruits ou lait caillé, celui-ci pendant 10 jours de suite par mois.

b) *Repas du midi.* — Repas mixte dans lequel entrera de la viande sous forme de mouton, jambon, poulet ou poisson maigre bouilli.

c) *Repas du soir.* — Repas végétarien léger.

Ne pas oublier de boire entre les repas environ trois verres d'eau par jour, un au réveil, un au coucher et un à 17 heures. Eau simple additionnée d'urodonal.

Pendant toute cette période de régime il faudra mener aussi une vie hygiénique : un grand bain chaud par jour (20 minutes à 38°). Deux heures de vie au grand air, massage général fait par soi-même ou par une autre personne. Un quart d'heure de gymnastique suédoise, gymnastique respiratoire répétée à plusieurs reprises dans la journée.

La cure de désintoxication réalise un véritable rajeunissement de l'organisme. Les sujets normaux devraient s'y soumettre au début de chaque saison, pendant 8 ou 15 jours.

Les sujets qui se plaignent de quelques troubles : migraines, rhumatismes, névralgies, énervement, devraient y avoir recours pendant quelques jours tous les mois.

Empyème chronique par plaie de guerre

DÉCORTICATION DU POUMON
ANESTHÉSIE LOCALE — GUÉRISON

Par M. CALDÉRON
Interne de l'hôpital auxiliaire 284

Les fistules pleurales, quand l'état général le permet, doivent être traitées chirurgicalement. Si le poumon primitivement malade est scléreux, il suffit de désosser la paroi thoracique ; la peau ira au-devant du moignon pulmonaire, l'espace vide sera comblé, la fonction pulmonaire sera supprimée, mais la fistule fermée.

Si la radioscopie montre que le poumon sain, élastique, est simplement étranglé sous une plèvre épaissie, il faut décortiquer ce poumon qui reprend contact avec la paroi; sa fonction est récupérée.

Les empyémes consécutives aux plaies de guerre sont favorables à cette opération, car le poumon est sain. Le cas que nous rapportons est intéressant, puisque le sujet porteur d'une fistule pleurale a guéri à la suite d'une décortication faite sous anesthésie locale.

Louis O....., soldat au 322e d'infanterie, blessé le 9 juin par un éclat de bombe, pansé au poste de secours, soigné à une ambulance de Somme-Tourbe où il reste 8 jours, est évacué sur Châlons où il arrive 9 jours après sa blessure, à l'hôpital n° 3. Il y reste jusqu'au 28 août et nous arrive à Paris à l'hôpital 284, avec un état général très mauvais, et la feuille d'hôpital suivante :

« Plaie pénétrante du flanc droit, état « général grave, pouls petit, rapide, faciès « mauvais, respiration haletante ; la plaie « du flanc droit est petite comme un pois ; « suppuration abondante et fétide; douleur « au palper de l'hypochondre droit ; matité « dans la moitié inférieure du thorax à « droite.

« Le malade est opéré: Plaie thoraco-abdo- « minale; épanchement abondant (sang en « voie de suppuration). Sérosité louche sous- « phrénique; le foie est induré sur une « petite zone. Drainage.

« Le 22 Juillet le drain pleural ne donne « plus, mais matité plus haut. Pleurotomie. « Suppuration du drain inférieur, améliora- « tion de l'état général, suppuration moins « abondante.

« Radiographie. — 2 fragments dans le « foie qui est gros.

« 26 Août. — Fistule pleurale ; tempéra- « ture 39,5. »

De cette observation nous concluons que le blessé atteint d'une plaie pénétrante du thorax et de l'abdomen a présenté simultanément un abcès sous-phrénique et une pleurésie purulente droite.

Dans une première intervention l'opérateur a ouvert les 2 collections. La persistance d'un abcès pleural a provoqué une 2e pleurotomie le 22 Juillet avec résection costale (2 côtes).

A son arrivée l'état général a été certainement amélioré sur ce que le sujet a dû être. La température oscille autour de 38,5. Fistule pleurale profonde, pus peu abondant, jaunâtre. Cette fistule occupe le milieu d'une cicatrice rétractée, siégeant à la pointe de l'omoplate. Plus bas, à la base du thorax, on trouve une seconde cicatrice due à la première intervention.

Examen du poumon droit. — Matité du haut en bas; pas de vibrations; murmure vésiculaire à peine perceptible du haut en bas.

Traitement. — Gymnastique respiratoire, exposition à l'air libre; l'état général s'améliore progressivement ; le sujet toutefois refuse de quitter son lit, car il se sent déprimé. La température est toujours autour de 38°.

Décortication pulmonaire (opération de Delorme). — Anesthésie régionale para-vertébrale faite par nous-même, avec la solution de néocaïne-surénine à 1 0/0. J'injecte 5 centimètres cubes de la solution dans 7 espaces intercostaux, du 2° au 9° à 4 cm. en dehors de la ligne médiane ; l'aiguille pénètre à 5 cm. et baigne les racines de façon à anesthésier non seulement la paroi thoracique, mais aussi les nerfs du poumon.

25 Oct. *Opération faite par le Dr Pauchet.* — Incision en U entourant par son bord convexe l'orifice de la fistule. La paroi apparaît formée par une lame de tissu osseux de nouvelle formation, développé aux dépens du périoste des 2 côtes réséquées dans une intervention antérieure. Au-dessus et au-dessous de cette place néo-formée le gril costal est normal. Le tissu osseux friable et de surface irrégulière est enlevé par morcellement. La côte sous-jacente présente un point d'ostéite qui communique avec le foyer fistuleux. L'opérateur résèque une côte au-dessus et une au-dessous. La plèvre pariétale est épaissie et enlevée.

Le poumon apparaît au-dessous recouvert d'une épaisse coque lardacée qui est décortiquée avec les ciseaux. La surface pulmonaire apparaît rose, souple, élastique, laissant voir par transparence le réseau ardoisé péri-lobulaire. Bientôt le tissu pulmonaire sain occupe tout le fond de la plaie. Quand on fait tousser le malade, le poumon se distend et vient s'appliquer directement sur la brèche costale; le lambeau est rabattu directement sur le poumon ; la peau est incomplètement fermée, deux drains sont laissés dans l'angle inférieur de la plaie.

Suites opératoires. — La température atteint 39,5 ; quintes de toux sèche ; pas d'expectoration. Pendant quelques jours, suppuration abondante par les drains; les points de suture sont enlevés. Instillation continue avec le liquide de Dakin; immédiatement chute de la température et de la suppuration (6 jours après l'opération).

16 Novembre. — Température 37, le malade se lève, la plaie est cicatrisée, l'état général est excellent.

Cette observation montre les avantages de l'opération de Delorme dans les suppurations du poumon par plaie de guerre, et combien l'anesthésie régionale facilite la chirurgie thoracique. Sans aucune éducation préalable nous avons su appliquer cette méthode qui nous a donné de bons résultats.

UNE OBSERVATION
DE

Réinfection syphylitique

M. Alex. Renault, médecin de l'hôpital Cochin-Ricord, vient de faire connaître un cas de réinfection syphilitique seize ans après la première atteinte traitée par des cures mercurielles répétées, suivies dans ces deux dernières années de lavements au néo-salvarsan.

Voici le fait : Au mois de septembre 1899, se présente à la consultation de l'hôpital Cochin un malade atteint à la verge d'un chancre syphilitique typique, accompagné de l'adénite bi-inguinale classique.

Les accidents secondaires apparaissent dans les délais requis. Le patient est alors soumis à la médication mercurielle et l'on cesse de le voir.

Mais au mois de septembre dernier, il se représente avec un nouveau chancre génital, flanqué d'une pléiade ganglionnaire et suivi, dans les premiers jours de novembre, d'une syphilide érythémato-papuleuse.

Il est regrettable que le diagnostic n'ait pas pu être confirmé par les recherches de laboratoire, c'est-à-dire par la découverte du tréponème et la réaction de Wassermann. Les obligations militaires du sujet ne l'ont pas permis.

Ces recherches, toutefois, ne sont pas indispensables pour conclure. Car n'était l'apparition d'accidents secondaires chez le malade en question, on pouvait penser, connaissant les antécédents, à une syphilide chancriforme tertiaire et l'on sait, qu'à cette période, le tréponème peut encore être décelé.

Quant à la réaction de Wassermann, elle indique que le sujet est syphilitique, quelle que soit la période de sa maladie. Elle ne pouvait donc être l'indice certain d'une seconde atteinte.

D'ailleurs, si les recherches de laboratoire étaient rigoureusement indispensables pour affirmer une réinfection, il faudrait rejeter en bloc toutes les observations citées par les auteurs tant français qu'étrangers, avant la découverte du tréponème et de la réaction de Wassermann. Or, en fouillant dans les publications spéciales on en trouve au moins 74 et on ne peut admettre l'idée qu'elles representent autant d'erreurs de diagnostic.

A propos du retour d'âge chez la femme

Par le Docteur PEAUDELEU
Chirurgien de l'hôpital de la Croix (Nice)
Ex-Interne Lauréat des hôpitaux de Marseille
Médecin Légiste.

C'est vers 1818, il y a moins d'un siècle, qu'on trouve employé pour la première fois par les auteurs, le terme de « menespausie », de *men* mois, et *pausies*, cessation ; qui allait devenir, vingt ans plus tard, la *ménopause* ou retour d'âge chez la femme.

Jusque-là, le monde médical se préoccupait assez peu des femmes dont la carrière génitale avait pris fin. Quelques aphorismes du Père de la Médecine, quelques écrits de Galien, un travail de Forestus au XVI[e] siècle, des chapitres épars dans les œuvres de A. Paré, de Morgagni, de Valsava, de Mauriceau, et c'est tout.

C'est tout, jusqu'à Astruc, professeur royal et médecin consultant du roi qui, vers 1765, fit paraître un ouvrage sur les maladies de la femme. Tout ce qui a trait à la cessation des règles et aux accidents qui peuvent en résulter, y est passé en revue.

Toutefois, il faut en convenir, l'étude de la ménopause, en tant que fonction physiologique, et de ses conséquences sur la santé féminine, date véritablement d'hier.

Longtemps, les successeurs d'Astruc se bornèrent à s'occuper de ses rapports avec les maladies qui font leur apparition chez la femme, plus particulièrement, lors de la cessation des règles : Cancer, fibrome, maladies mentales, accidents nerveux, sensibilité génésique, etc...

Ce n'est que plus tard, et assez près de nous, que vint aux médecins l'idée de scruter la physiologie de la ménopause, d'en établir l'hygiène. Courty, en 1872, Nouat en 1874, s'y essayèrent suivi par Pozzi, Faure, Siredey, Jayle. C'est le D[r] Jayle, qui, introduisant dans la science la donnée de la ménopause artificielle chez les opérées, étudia le premier et parallèlement les symptômes de la ménopause provoquée, et ceux de la ménopause physiologique. L'analogie des troubles ainsi constatés dans les deux cas, éclaire singulièrement la physiologie de la cessation des règles. Elle nous montre bien ce qu'est la ménopause, nous indiquant du même coup, ce que doit être l'hygiène usitée, et la thérapeutique préventive qu'il convient d'instituer en la circonstance.

Certes, la ménopause, phénomène physiologique, devrait toujours s'accomplir sans troubles. En théorie, c'est vrai ; malheureusement dans la pratique, il en va tout autrement. Et si nous parlons ci-dessus d'une thérapeutique préventive nécessaire, c'est, qu'en somme, il est bien rare de voir des femmes qui puissent complètement se passer des conseils et des soins de l'homme de l'art, à cette période délicate de leur existence.

Que va-il donc arriver chez elles, à l'occasion de la ménopause ? Avant de répondre à la question, il n'est pas inutile de donner quelques précisions sur l'âge où celle-ci fait son apparition. Si, d'après les classiques (Littré, Robin), on cherche à établir un pourcentage, en vue de rendre la question plus claire, voici ce qu'on obtient, en s'en rapportant aux observations courantes.

Sur 100 femmes, cesseraient d'être réglées :
12, de trente-cinq à quarante ans ;
25, de quarante à quarante-cinq ans ;
50, de quarante-cinq à cinquante ans ;
13, de cinquante à cinquante-cinq ans.

Astruc avait donc raison de dire que la ménopause s'établit d'ordinaire, entre quarante-cinq et cinquante ans. Robin, Dalché et les modernes sont d'accord avec lui sur ce point. On ajoute qu'elle est plus tardive dans les classes aisées, plus précoce chez les ouvrières, que les bonnes conditions d'hygiène la retardent, comme elles avancent l'âge de la puberté. Les femmes nerveuses, celles qui ont maintes fois accouché, souvent nourri (ce qui provoque l'atrophie de leurs organes génitaux internes) sont ménopausées plus tôt que les autres. Et il en est de même des femmes, chez qui l'établissement des règles s'est fait moins vite, qui n'ont pas eu, ou qui n'ont eu qu'un enfant, à vie génitale peu active, par infériorité physiologique.

Il existe encore des questions de race : les femmes israélites, on ne sait pourquoi, arriveraient de façon précoce à la ménopause. D'autre part, dans les zones chaudes, et surtout sous les tropiques, on voit des filles réglées à douze ans, épousées à treize, mères à quinze et quatorze ans, mais ménopausées à quarante, simon plus tôt ! Chez elles, la vie génitale précoce a également évolué plus vite que sous nos climats. On est là-bas vieille femme à trente ans, et avant cinquante, c'est la décrépitude ! Est-il vrai que dans les zones très froides, la menstruation se montrerait temporaire, suspendue pendant les mois d'hiver ? Le fait n'est peut-être pas suffisamment démontré ; la chose sûre, c'est qu'à l'opposé de ce qui se passe dans les régions torrides, la puberté retarde auprès des pôles et la ménopause également.

Voici une question beaucoup plus importante partout et pour toutes. A puberté hâtive, entend-on dire souvent, correspond une ménopause précoce, et réciproquement. Raciborski aurait pourtant solutionné le problème en sens contraire. D'après lui, la menstruation précocement établie serait l'indice, chez la femme ainsi favorisée, et en debors de toute question de race et de climat, d'un excès d'énergie vitale. Or, en pareil cas, si des circonstances exceptionnelles ne viennent pas mettre en déficit cette activité particulière de l'organisme féminin tôt réglé, cette activité se ferait sentir plus longtemps chez la femme, la maintenant ainsi pendant une plus longue période, apte à la reproduction de l'espèce. L'opinion de Raciborsky, en contradiction avec l'opinion populaire, tend de plus en plus à prévaloir ; on dit même qu'il y aurait, sur ce point, lieu de tenir également compte de transmissions héréditaires dans les familles, et c'est fort compréhensible.

Les auteurs s'accordent encore pour penser que les femmes ménopausées avant quarante-cinq ans, ne sont pas des normales, mais des malades, des débiles, des stériles ; et celles qui le seraient après cinquante ans, ne sont pas mieux partagées sous le rapport de la santé. Astruc lui-même était déjà de cet avis ; il soupçonnait volontiers le cancer, lorsqu'il se trouvait en présence d'une quinquagénaire encore réglée.

Maintenant comment s'établit la ménopause ? *Symptomatiquement*, elle se ferait de façon brusque dans une moitié des cas, progressivement dans une autre moitié. Les femmes éprouveraient alors des bouffées de chaleur, parfois des céphalées, des migraines, des cauchemars. On en voit qui sont en proie à une asthénie caractérisée, d'autres dont l'humeur et le moral se modifient, d'autres encore qui perdent la mémoire, qui maigrissent, ou au contraire, qui prennent de l'embonpoint.

Des troubles de l'audition, de la vision, des perturbations stomacales ou intestinales : dyspepsies, constipation ne sont pas rares à la même époque.

Automatiquement, les seins diminuent, l'utérus, l'ovaire, subissent une régression, une atrophie progressive, qui déterminent chez ces organes une notable diminution de volume.

Physiologiquement enfin, il y a, comme l'a péremptoirement démontré Siredey en 1911, suppression de la sécrétion interne de l'ovaire, dont l'action antitoxique, hypotensive, modératrice des nerfs du cœur, accélératrice des processus de combustion et d'oxydation, contribue à maintenir l'équilibre de l'organisme de la femme.

La chose serait si évidente que, sur 100 femmes observées à l'époque de la ménopause, on en trouverait tout au plus 15, qui ne présentent aucun trouble d'insuffisance ovarienne, ou des troubles très légers, *alors que chez 85 autres, ces troubles d'insuffisance seraient parfaitement marqués* (D[r] Madeleine Texier).

Ainsi donc, les troubles si variés, si complexes de la ménopause, autrement dit du retour d'âge, seraient à n'en pas douter, un véritable empoisonnement, une auto-intoxication de tout l'organisme féminin. Et les principes nocifs véhiculés alors par le torrent sanguin, lésant les éléments nerveux, attaquant même la structure des parenchymes, comme celui du rein, entre autres, seraient la cause unique des accidents (albuminurie comprise), qu'on peut observer chez la ménopausée à l'âge si justement appelé âge critique. On sait encore, comme l'a exposé P. Londe, que, pour les mêmes raisons, l'artério-sclérose peut, dès lors, faire apparition chez la malade ; les femmes atteintes d'affections cardiaques jusque-là compensées, deviennent tout d'un coup plus atteintes, et c'est à ce moment surtout que se développent, chez elles, beaucoup de maladies (rhumatismes, diabète, cancers, etc.)

Heureusement, la science se trouve à notre époque infiniment mieux armée qu'autrefois, pour s'opposer à la genèse d'affections dont la pathogénie ne lui est plus étrangère, comme elle l'était fatalement à nos prédécesseurs. On peut dire, sans crainte d'exagération, que, pendant longtemps, les soins furent donnés à l'aveugle aux femmes dont la ménopause se faisait difficile. Astruc et ses successeurs n'y allaient pas de « main morte » suivant l'expression vulgaire.

On saignait ferme les malades, il n'y a guère plus d'un demi-siècle encore. Pour certaines femmes, tous les mois, tous les trimestres pour les autres..... Les purgatifs doux : manne et rhubarbe, casse et tamarin, les diurétiques faisaient le reste. En outre, on conseillait un régime peu substantiel, *aqueux*, suivant la formule. Pas de veilles, d'exercices violents, d'alcools, de vins. « L'usage du mariage ». passait pour dangereux, surtout s'il provoquait des pertes.

Le moins qu'on puisse dire d'un pareil traitement est, qu'insuffisant chez beaucoup de femmes vigoureuses, il n'apparaissait pas toujours sans dangers chez les autres.

La purgation à outrance est, on le sait, disparue de la thérapeutique moderne depuis l'avènement du jubol. On ne purge plus, on jubolise l'intestin. Quant à la saignée, on l'a remplacée avantageusement par le lavage du sang par l'urodonal ou *saignée blanche*, qui débarrasse l'organisme de l'acide urique et autres purines toujours en excès au moment du retour d'âge.

Enfin, aujourd'hui, nul n'ignore plus la nécessité de prescrire chez ces femmes la médication rationnelle par l'extrait ovarien, qui remplace si bien la sécrétion interne déficiente, et par l'extrait mammaire pour

s'opposer au développement de tout flux hémorragique suspect.

Sous ce rapport il n'est que juste de rappeler à quel point la fandorine fait merveille en décongestionnant utérus et ovaires, et surtout en combattant l'intoxication ménopausique, et ses multiples conséquences....

Il suffit que la femme, désireuse de les éviter, prenne chaque jour, sans discontinuer, à l'époque du retour d'âge, quatre comprimés de fandorine, pour n'avoir rien à craindre. L'association des deux opothérapies, mammaire et ovarienne, jointes aux principes actifs de l'anémone, de piscidia érythrina et de viburnum prunifolium, qu'elle réalise est, il ne faut pas cesser de le proclamer, sans aucun danger, sans contre-indication d'aucune sorte. Pareille médication répond, de façon parfaite, aux diverses exigences de la situation, parce qu'elle s'oppose au développement des multiples modalités pathologiques, qui tendent à se faire jour, chez la femme, lorsqu'elle cesse d'être réglée. Elle a de plus le mérite d'une excessive simplicité. N'est-ce pas plus qu'il n'en faut pour assurer sa vogue ?

J'ajouterai que j'ai expérimenté maintes fois la fandorine, dans mon service d'hôpital, et que j'en ai obtenu un merveilleux résultat.

REVUE CLINIQUE

Sur un cas de poliomyélite aiguë

Par M. le Docteur BUFFET-DELMAS

X..., 23 ans, d'une santé antérieure délicate, sans jamais avoir présenté d'accidents sérieux d'ailleurs. Intelligente, impressionnable, n'ayant cependant jamais accusé de signes d'hystérie.

Le 9 mars se soumet à un courant électrique faible, dans le seul but de se rendre compte des sensations que cela peut procurer ; l'application est fort courte.

Dans la soirée, sensation indéfinissable de faiblesse dans les membres inférieurs : aucun autre phénomène appréciable, sauf cependant que son entourage constate une certaine bizarrerie dans ses allures, à laquelle personne n'est habitué ; pas de vomissements, pas de douleurs, pas de fièvre.

Le 10, elle se lève comme à l'ordinaire et sort de chez elle pour vaquer à ses occupations ; elle constate bientôt qu'elle ne peut tourner le bouton d'une porte avec la main droite pour arriver à sortir d'un appartement, puis la faiblesse des membres inférieurs augmente rapidement d'une façon telle qu'il est nécessaire de la ramener à son domicile.

Prévenu le soir tard, je vois la malade, le 11, à ma première sortie ; dans la nuit elle a éprouvé d'abord une certaine difficulté à se soulever et à se retourner dans son lit, puis les symptômes s'étant accentués davantage, elle tombe le matin en voulant sortir de son lit et l'on est obligé de venir à son secours ; il lui est impossible de se relever seule.

Lors de ma visite, la malade présente une véritable paralysie des membres inférieurs, il lui est impossible de se tenir debout ; signe de Kernig net. Du côté des membres supérieurs, les mouvements de la main sur l'avant-bras se font encore, mais sont d'une faiblesse extrême ; ceux de l'avant-bras sur le bras, du bras sur l'épaule sont abolis. Les mouvements provoqués sont complètement indolores, pas de contractures.

Les muscles du cou restent souples dans les mouvements de latéralité ; mais si l'on essaie de soulever la tête de la malade, qui ne peut se soulever spontanément, on provoque aussitôt des douleurs très vives de la nuque et dans toute la région dorso-lombaire ; la malade est soulevée d'un bloc, la colonne vertébrale est complètement immobilisée.

La parole est lente mais très nette, la langue ne peut être complètement sortie de la bouche et semble dévier vers la gauche. La déglutition est excessivement gênée et les liquides reviennent par les fosses nasales. On n'observe aucun phénomène anormal du côté des yeux.

La malade accuse une douleur vive au niveau des régions temporales.

Le pouls est à 60, régulier, petit ; le thermomètre oscille entre 36°4 et 36°9 et ne dépassera jamais ce dernier chiffre.

Réflexes cutanés des orteils en flexion conservés ; réflexes rotuliens abolis.

Anesthésie complète aux membres inférieurs ; un peu moins marquée aux membres supérieurs, la malade perçoit le contact de l'épingle, mais est incapable de dire si on la touche avec la tête ou avec la pointe.

Les urines sont normales en quantité et qualité.

Je prescris une piqûre de 10 cmc. d'argent colloïdal.

A 2 heures de l'après-midi, je revois la malade avec le docteur Morichau-Beauchant ; l'état est sensiblement le même avec peut-être un peu d'accentuation des symptômes observés le matin.

En présence de l'absence totale de fièvre et de symptômes généraux d'une part, et l'anesthésie constatée d'autre part et malgré l'abolition des réflexes rotuliens, nous ajournons la ponction lombaire et réservons le diagnostic et le pronostic. Sommes-nous en présence de troubles fonctionnels chez une nerveuse ou en présence de troubles organiques médullaires ?

Nous engageons à soutenir la malade en lui faisant prendre, toutes les heures, des aliments liquides et nous essayons de la suggestionner dans ce sens en lui affirmant qu'elle peut avaler et qu'il est indispensable de se laisser alimenter. La soirée se passe plutôt mal, et dans la nuit la situation s'aggrave rapidement.

Je revois la malade le 12 mars, à 6 heures. Du côté des membres inférieurs la paralysie semble encore plus complète ; peut-être l'insensibilité a-t-elle un peu diminué. Les membres supérieurs sont paralysés dans toute leur étendue. La parole est encore plus lente, difficile, on a quelquefois de la peine à comprendre la malade qui semble se fatiguer beaucoup plus vite encore que la veille. La langue déborde à peine les arcades dentaires. La déglutition est tout à fait impossible. Le pouls est encore à 60, mais présente un dicrotisme excessivement marqué ; la température est à 36°4. Cœur normal à l'auscultation.

La respiration est devenue fort pénible, le diaphragme n'y prend plus qu'une part très faible, la paroi abdominale antérieure est à peu près immobile ; en dehors des efforts de vomissements qui fatiguent la malade depuis quelques heures, l'on peut voir à jour frisant les contractions volontaires des grands pectoraux essayant de mobiliser le thorax ; pas de tirage sus et sous-sternal, pas d'effort visible des sterno-cleido-mastoïdiens. La face se cyanose, les extrémités sont refroidies et présentent des marbrures violacées.

Le sphincter anal est paralysé.

Les réflexes cutanés des orteils sont abolis.

Dans la nuit, la malade qui désire, avant de mourir, voir des personnes éloignées d'elle en ce moment, a demandé des piqûres d'huile camphrée. 20 centigrammes de camphre ont été injectés avant mon arrivée ; je fais faire une nouvelle piqûre de 10 centigrammes à 7 heures.

A 8 h. 1/2 nous revoyons la malade avec le Dr Beauchant. L'asphyxie paraît avoir augmenté, nous considérons l'état comme désespéré et faisons seulement continuer les piqûres d'huile camphrée que l'on espacera de 3 heures en 3 heures.

La mort survient à midi.

Il m'a paru intéressant de signaler dans cette observation les points suivants :

1° Absence totale de fièvre dans une affection grave, frappant un organe des plus importants d'une façon très rapide ;

2° Anesthésie indiquant des lésions du côté du système des cornes postérieures en même temps que des antérieures ;

3° Paralysie du sphincter anal dont on aurait signalé la rareté, dans la poliomyélite aiguë.

Enfin, j'ajouterai que cette fois encore la mort a eu lieu le 4e jour (1).

Crises entéralgiques au cours d'une maladie de Basedow

Par M. G. DESBOUIS (de Caen)

Différents auteurs ont rapporté, depuis quelques années, des observations de manifestations digestives particulières au cours du goitre exophtalmique. Du côté de l'estomac, on a pu noter des crises douloureuses, de la boulimie et Wolpe (2), dans un travail récent, a étudié les modifications de la sécrétion stomacale dans la maladie de Basedow. Mais antérieurement, M. Marbé (3) avait provoqué expérimentalement des troubles intestinaux, de la diarrhée par l'administration de produits thyroïdiens ; il arrivait, au moyen de ces extraits, à doubler la production du suc intestinal. A la même époque, Léopold Lévi (4) montrait l'effet de la thyroïdothérapie sur la musculature de l'intestin. Les observations rapportées par les auteurs concernent exclusivement des crises de diarrhée basedowienne, crises survenant pendant deux ou trois jours pour cesser ensuite ; quelquefois, au contraire, cette diarrhée est beaucoup plus tenace et peut même simuler une tuberculose intestinale, ou un cancer, comme ce fut le cas dans l'observation de Schmieden (5).

Ces accidents sont, du reste, si nettement sous la dépendance de la maladie de Basedow que Kolb (6) a vu la résection partielle du corps thyroïde faire cesser, chez un de ses malades, la diarrhée qui durait depuis quinze ans, en même temps que disparaissaient les troubles classiques du goitre exophtalmique.

Mais tandis qu'on a montré, au niveau de l'estomac, des crises purement douloureuses dues au trouble thyroïdien, il ne semble pas jusqu'ici que l'attention des auteurs se soit portée sur les relations des phénomènes douloureux intestinaux avec la maladie de Basedow ; l'observation que nous rapportons ici est un exemple de cette relation.

Observation. — Mme S..., cinquante-six ans, vient consulter, le 6 mars 1914, pour des douleurs abdominales qui ont débuté au mois d'août 1913 et qui, depuis, deviennent de plus en plus violentes ; ces douleurs ne présentent aucun horaire précis ; peut-être seraient-elle un peu plus violentes le soir, au moment où la malade se couche.

Au mois d'août 1913, est survenue la ménopause et à ce moment sont apparues les douleurs abdominales, en même temps qu'elle s'apercevait de sensations d'étouffement avec constriction de la gorge, de bouffées de chaleur, de tremblement ; son entourage la trouve depuis cette époque d'une irritabilité extrême, qui rend la vie difficile autour d'elle.

Les douleurs spontanées n'ont aucune localisation véritable et la malade les indique d'un geste vague en montrant, de toute la main, tout

(1) Soc. médic. de la Vienne.

(2) Wolpe. Les troubles de la sécrétion stomacale dans la maladie de Basedow, *Archiv. für klin. Med.*, Bd., 71,

(3) M. Marbé. L'influence du corps thyroïde sur la physiologie de l'intestin, *Soc. de Biol.*, 1er juillet 1911.

(4) Léopold Lévi. Mécanisme d'action du traitement thyroïdien sur les troubles intestinaux, *Soc. de Biol.*, 1er juillet 1911.

(5) Schmieden. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1912, n° 48, p. 1369.

(6) Kolb. Sur les manifestations intestinales de la maladie de Basedow et les difficultés du diagnostic. *Münchener medizinische Wochenschrift*, n° 49, décembre 1912, p. 2669.

son abdomen ; mais les douleurs provoquées sont nettement coliques et c'est surtout sur le trajet des côlons ascendant et transverse, que la pression réveille la douleur.

Ces douleurs s'accompagnent de constipation et d'inappétence ; elles ne sont aucunement influencées par l'ingestion des aliments, mais la patiente évite de manger parce que l'oppression survient aussitôt après le repas ; cette dyspnée, consécutive aux repas, survient également pendant la nuit, obligeant la malade à se lever, à aller à sa fenêtre, et habituellement, la crise de dyspnée est accompagnée d'une crise de douleurs abdominales plus violentes ; les émotions, les contrariétés déterminent également dyspnée et douleur abdominale.

Elle raconte que, vers l'époque de la puberté, elle a subi une maladie analogue au cours de laquelle elle avait remarqué l'apparition d'un petit goitre ; celui-ci, apparu vers douze ans, aurait duré quatre ou cinq ans, en même temps que les troubles qu'elle éprouve à l'heure actuelle se manifestaient ; puis, tout était rentré peu à peu dans l'ordre, vers seize ou dix-sept ans. Pendant toute cette époque, c'était surtout durant les périodes menstruelles que son goitre augmentait, et que se manifestaient les symptômes dont nous avons parlé.

Vers l'âge de dix-huit ans, elle a une crise de rhumatisme articulaire aigu généralisé qui dure un mois et demi et au cours de laquelle aucune localisation ne se fait ni au cœur, ni au niveau du corps thyroïde.

A cinquante-cinq ans, les règles se trouvent suspendues pendant trois mois, et, chaque mois, elle voit reparaître, pendant huit à dix jours, les mêmes troubles qu'elle avait observés pendant sa jeunesse. Cette poussée basedowienne ne se reproduit pas en août, où elle voit ses règles pour la dernière fois ; mais, depuis, tout le syndrome s'est constitué d'une façon durable, ne cessant plus jamais comme il le faisait autrefois.

Depuis le mois d'août, son goitre a nettement augmenté de volume, et elle présente actuellement, parfaitement complet, le syndrome basedowien, avec goitre assez volumineux, surtout marqué sur les lobes latéraux, exophtalmie et éclat particulier du regard, tremblement extrêmement net à la moindre émotion et tachycardie continuelle ; le pouls oscillant, suivant les jours entre 90 et 110 pulsations.

Par conséquent, chez cette femme, à l'occasion de manifestations de la vie génitale, puberté, ménopause, on voit survenir des poussées basedowiennes franches, avec, au cours de chacune des poussées, des phénomènes abdominaux caractérisés surtout par de la douleur et de la constipation. Il semble donc possible que le goitre exophtalmique, qui est capable de déterminer des crises de douleur gastrique, soit également capable de déterminer des entéralgies, indépendamment, du reste, au moins en apparence, de tout trouble de la sécrétion intestinale (1).

(1) Soc. médec. des hôp.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

Action de la compression oculaire sur l'amplitude du pouls

Par M. le Docteur R. PAULY

J'ai eu récemment à soigner une fillette de 14 ans atteinte de coqueluche et j'ai pu faire sur elle quelques observations intéressantes au sujet de la compression oculaire. Je m'empresse de dire que ces observations n'ont pas trait à une action possible sur les quintes, les circonstances ne m'ayant pas permis d'étudier suffisamment ce point particulier. Chez cette petite malade on notait, malgré l'absence de fièvre (la température n'a jamais dépassé 37°3) une tachycardie à 120. Or la compression oculaire réduisait le chiffre du pouls à 104, c'est-à-dire qu'il y avait une différence de 16 pulsations de moins à la minute ; je crois ce chiffre normal, l'ayant constaté plusieurs fois chez d'autres sujets. Le point qui me paraît nouveau, c'est le fait suivant : Si on continue à palper la radiale, après la cessation de la compression oculaire, on note au bout de quelques secondes, une augmentation de l'amplitude du pouls très nettement perceptible au doigt. Le même fait a pu être observé chez un tabétique de M. le prof. Pic, et chez deux autres individus atteints de maladies du tube digestif. Il n'a pu être observé chez des tuberculeux fébriles, mais ce sont de mauvais sujets d'étude pour le phénomène oculo-cardiaque. Quoi qu'il en soit, le fait que j'ai observé a été vu également par M. Pic, et il me paraît devoir être rapproché de ce qu'on observe dans la respiration du Cheyne-Stokes. D'ailleurs il y a aussi un ralentissement du rythme respiratoire pendant la compression oculaire.

L'explication de l'augmentation de l'amplitude du pouls après la cessation de la compression oculaire me paraît analogue à celle qu'on donne précisément du même phénomène dans la respiration de Cheyne-Stokes. Il y a diminution des mouvements respiratoires, sinon apnée complète, de sorte que le sang arrive en moindre quantité dans l'oreillette gauche : d'où diminution de l'amplitude du pouls. Puis, quand cesse la compression, les mouvements respiratoires reprennent leur rythme normal et leur amplitude, le sang afflue dans l'oreillette gauche d'où, au bout de quelques secondes, augmentation de l'amplitude du pouls.

Si maintenant on envisage la pathogénie plus générale des phénomènes liés à la compression oculaire, on voudra bien me permettre quelques objections à la théorie généralement adoptée d'un réflexe par la voie du trijumeau. Certes, je connais les expériences de F. Franck, qui a montré l'action de l'irritation de la muqueuse nasale sur l'arrêt du cœur, action à laquelle on a attribué la syncope au début de la chloroformisation. Je connais aussi les expériences de M. Cordier fils sur l'action des poudres sternutatoires, action suspensive sur les crises épileptiques dues aux irritations pleurales.

On pourrait à juste titre invoquer ces exemples à l'appui de la théorie réflexe du phénomène oculo-cardiaque. Mais il y a quelques objections qui viennent à l'esprit. Lorsqu'on fait revenir à lui un malade atteint de syncope en lui donnant quelques gifles, ne s'agit-il pas d'une action réflexe ayant pour point de départ le trijumeau? Ainsi la même action réflexe pourrait arrêter le cœur ou ranimer ses battements !

D'autre part, nous savons que pour qu'une action réflexe se produise, il faut une excitation courte et répétée ; ce n'est pas ce qui se passe dans la compression oculaire, qui, tant qu'elle persiste, amène le ralentissement du cœur.

Ne pourrait-on pas envisager une autre pathogénie?

Qu'y-a-t-il de particulier dans la disposition anatomique du globe oculaire? C'est la disposition de la gaine arachnoïdienne, laquelle accompagne le nerf optique jusqu'à sa terminaison et à travers la sclérotique. Ne voit-on pas que c'est le seul point de l'organisme qui nous permette de faire varier la pression du liquide céphalo-rachidien intra-cérébral. Si l'on se rappelle l'expérience du tonneau de Pascal, cette pression produite sur un liquide enfermé dans la gaine arachnoïdienne du nerf, qui représente ici le tube du tonneau de Pascal, cette pression doit se transmettre sur tous les points du sac contenant le liquide céphalo-rachidien. Mais il semble naturel qu'elle sera transmise en premier lieu et avec son maximum d'effet au niveau du confluent sous-arachnoïdien antérieur qui se trouve précisément au niveau du chiasma des nerfs optiques et duquel partent les gaines de nerfs optiques. Ainsi, au lieu d'admettre un retentissement sur les noyaux bulbaires d'origine des pneumogastriques, on serait amené à envisager la possibilité d'une action intermédiaire de l'hypophyse. On sait que la moindre variation de pression au niveau de l'hypophyse se traduit par des modifications du côté de la respiration et des contractions du cœur.

Quel que soit le mode d'action, encore problématique de l'hypophyse à ce point de vue, cette action ne paraît pas niable, et l'hypothèse me paraît tout aussi plausible que celle d'une action réflexe ayant pour origine une excitation du trijumeau.

En résumé, le phénomène oculo-cardiaque (je supprime avec intention le terme de réflexe oculo-cardiaque) traduirait un syndrome d'hypertension du liquide céphalo-rachidien cérébral : remarquons, en terminant, combien ce phénomène peut être rapproché de ce qu'on observe dans la méningite tuberculeuse, où l'augmentation de la pression intra-arachnoïdienne est certaine (1).

CARNET DU PRATICIEN

Contre le prurit vulvaire

Faire usage matin et soir de la lotion suivante

Bichlorure de mercure..	2 grammes.	
Alcool	10	—
Eau de roses..........	40	—
Eau distillée	450	—

La lotion doit être employée chaude et, en cas de cuisson, suivie d'un lavage à l'eau bouillie fraîche ou à l'eau blanche.

On peut encore avec avantage et plus simplement faire deux fois par jour des lotions avec de l'eau bouillie chaude dans laquelle on a fait dissoudre une cuillerée à soupe de gyraldose par litre

Grippes algides

Sulfate de strychnine.......	0 gr. 02	
Caféine	2 grammes	
Benzoate de soude..........	2	—
Iodure de potassium	2	—
Sirop de polygala...........	60	—

Eau distillée : q. s. pour 150 centimètres cubes.

Deux à trois cuillerées à soupe par vingt-quatre heures.

Traitement de la prétuberculose de l'enfance

Alimentation riche en viandes, en lécithines, en phosphates. Cure marine prolongée, bains quotidiens d'air et de lumière.

Prescrire durant dix jours chaque mois de un à deux comprimés de filudine, suivant l'âge.

Adjoindre à ce traitement la cure de globéol (1 pilule au repas de midi).

Contre la pyélonéphrite

Repos au lit.

Régime lacté absolu.

Prendre trois fois par jour 3 capsules de pagéol.

Faire fonctionner chaque jour l'intestin au moyen de laxatifs. Contre la douleur lombaire, révulsifs, cataplasmes sinapisés, ventouses, et grands bains chauds à 37° prolongés d'une demie à trois quarts d'heure.

(1) Soc. médec. des hop. de Lyon.

L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 50.000 exemplaires

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 35, rue J.-J.-Rousseau

L'Administrateur-Gérant A. Gouffroy

TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

D

E

F

G

H

I

L

M

O

P





Les Médecins et la Guerre

(Suite)

Les Décorés

MÉDAILLE MILITAIRE

M. Rapin, médecin auxiliaire au 26e bataillon de chasseurs.

M. Lavolaille-Rateau, médecin auxiliaire au 19e bataillon de chasseurs.

M. Tournay, médecin auxiliaire au 44e régiment d'infanterie coloniale.

M. Lassale, médecin auxiliaire au 36e régiment d'infanterie coloniale.

M. Humbert, médecin auxiliaire au 161e régiment d'infanterie.

M. Jeanniard, médecin auxiliaire au 35e régiment d'infanterie.

M. Lefebvre, médecin auxiliaire au 327e régiment d'infanterie.

M. Dusuel, médecin auxiliaire au 1er groupe d'artillerie de campagne d'Afrique.

M. Le Coq, médecin auxiliaire au 21e régiment d'infanterie coloniale.

M. Lacaze, médecin auxiliaire au groupe de brancardiers d'une division d'infanterie coloniale.

M. Kervella, médecin auxiliaire au 1er régiment d'infanterie coloniale.

M. Poulhazan, médecin auxiliaire au 62e régiment d'infanterie.

M. Dupécher, médecin auxiliaire au régiment de tirailleurs marocains.

M. Villetard de Laguerie, médecin auxiliaire de la 5e section d'infirmiers, groupe de brancardiers d'une division.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

Médaille d'argent. — M. Beauregard, soldat à la 2e section d'infirmiers militaires, étudiant en médecine a l'hôpital no 10, à Saint-Acheul.

M. Tillier (Robert), soldat au 56e régiment d'infanterie, étudiant en médecine.

M. le médecin de 1re classe Mathieu, embarqué sur le *Charlemagne.*

Médaille de bronze. — M. Viennet (Jean), soldat au 26e régiment d'artillerie, étudiant en médecine à Chartres.

Citations à l'Ordre de l'Armée

M. Dartigolles, médecin aide-major de 2e classe au 8e régiment de zouaves.

M. Villetard de Laguery, médecin auxiliaire du 8e régiment de zouaves.

M. Dizac, médecinmajor de 2e classe, médecin chef de la 1er ambulance de la colonne mobile de Taza.

M. Forgues, médecin aide-major de 1re classe de réserve, chargé du service médical du 2e bataillon du 4e tirailleurs.

M. Le Roy, médecin major au 9e bataillon sénégalais.

M. Magnien, médecin major de 2e classe.

M. Armanet (Honorat), médecin aide-major de 2e classe au 175e régiment d'infanterie.

M. Dissez, médecin major au 1er bataillon du 8e régiment mixte colonial.

M. Peyron, sergent brancardier au 161e régiment d'infanterie, étudiant en médecine.

M. Jeanniot, médecin auxiliaire au 28e bataillon de chasseurs.

M. Franck, médecin aide-major de 1re classe au 5e régiment d'infanterie coloniale.

Mme Collard, docteur en médecine, infirmière de la Croix-Rouge.

M. Fouet (André), matelot, infirmier au 1er régiment de fusiliers marins, externe à l'hôpital de la Pitié.

M. Chariel, médecin major de 2e classe de la D. E. S. du ... e corps d'armée.

M. Bideaux, médecin auxiliaire de la 39e compagnie d'aérostiers.

M. Caudrelier, médecin auxiliaire à l'ambulance 1/6.

M. Delage (Jacques), médecin aide-major de 1re classe de l'H. O. E. 13, détaché à l'ambulance 1/10 du Saint-Sacrement.

M. Bouvier, médecin aide-major de 1re classe à l'ambulance 10/6.

M. Doré (Joseph), médecin aide-major de 2e classe à l'ambulance 13/11.

M. Le Boul (Jules), médecin aide-major de 1re classe à l'ambulance 1/10 du Saint-Sacrement.

M. Garnier de Falletans, médecin aide-major de 2e classe à l'ambulance 1/10 du Saint-Sacrement.

L'ambulance d'armée 1/10 : sous les ordres du médecin major Reverchon (5 novembre au 10 juin) ; sous ceux du médecin major de 2e classe Froment, ensuite.

M. le médecin major de 2e classe Froment, médecin chef de l'ambulance 1/10 du Saint-Sacrement.

M. C. Boisson, médecin inspecteur, directeur du service de santé d'un corps d'armée.

M. Gouin, médecin aide-major de 2e classe du service de santé, à bord du bateau-hôpital *Duguay-Trouin.*

M. Martin, médecin auxiliaire du groupe de brancardier d'une division.

M. Augagneur, médecin aide-major de 2e classe de réserve.

M. Mitton, médecin aide-major de 2e classe de réserve.

M. Sanglier-Lamarck, médecin aide-major de 2e classe territorial.

M. Penaud, médecin-major de 2e classe de réserve au 7e régiment d'infanterie coloniale.

M. Mégnien, médecin auxiliaire du groupe de brancardiers de la division.

M. Toureng, médecin auxiliaire au 30e bataillon de chasseurs.

M. Meillon, médecin aide-major de 1re classe au 15e bataillon de chasseurs.

M. Renaud, médecin aide-major de 1re classe au 121e bataillon de chasseurs.

M. Armavielhe, médecin principal de 2e classe, chef du service de santé d'une division d'infanterie.

M. Bazy, médecin aide-major de l'ambulance chirurgicale no 1.

M. Rives, médecin auxiliaire au 6e régiment d'infanterie coloniale.

M. Juxe, médecin aide-major de 2e classe au 328e régiment d'infanterie.

M. Leulier, médecin auxiliaire au 33e régiment d'artillerie.

M. Chailly, médecin-major de 2e classe au 272e régiment d'infanterie.

(A suivre.)

LA MUSE DES TRANCHÉES

ROSÉE et GYRALDOSE

Si la fleur n'avait pas
Au matin la rosée
Faute d'être arrosée
Elle irait au trépas

Elle perdrait hélas !
Sa corolle rosée
Que la moindre pesée
Du vent jetterait bas.

La femme est une rose
Que souvent le mal ose
Martyriser aussi.

Mais devant Gyraldose
Reculent la névrose
Et le cruel souci.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

G. MASSIOT et BIQUARD. — *La radiologie de Guerre.* GUIDE PRATIQUE DU MANIPULATEUR RADIOLOGISTE. Paris, A. Maloine.

C'est le résultat de leur pratique sur le front que nous apportent les auteurs ; c'est donc quelque chose d'un intérêt pratique actuel et du vecu. Aussi ce livre est-il loin des livres de laboratoire, des traités du temps de paix..

Les premiers chapitres indiquent les principes fondamentaux de la radiologie, les sources d'énergie à haute tension, enfin les installations radiographiques, en ayant toujours pour but de décrire simplement les choses pratiques, les tours de main, les trucs de toute espèce dont est formee l'habileté du radiologiste ambulant.

En résume, excellent petit livre, tres pratique et arrivant bien a son heure, qui devrait faire partie du bagage restreint du médecin radiographe au front.

OFFICE MÉDICAL

Adresser toute la correspondance relative à l'Office Médical, 47, boulevard Saint-Michel, Paris.

Joindre un timbre pour la réponse.

810 — **Centre.** — Sous-prefecture, rec. 15.000 moyenne des dernieres années, loyer 600, indemn. à déb. clientèle facile à developp.

813. — **Paris.** — A reprendre **Cabinet dentaire** bien situe dans quartier populeux conviendrait a médecin, rec. 18 a 20 000 touch. indemn. à déb. toutes facilités.

814. — **Oise.** — Clientèle avec rapport constant 15.000 touch. 2.500 fixes transmiss. dont chemin de fer, 2 med., 1 pharm., indemn. 5.000, compt. à déb. peu exigeant.

815. — **Paris XVIIe.** — A céd. noyau client. rapportant 4.000 fixes transmiss. rec. en plus 4.000, loyer 1.300, ind-mn. y compris materiel, 3.000 à déb.

819. — **Eure-et-Loir.** — Poste a reprendre dans très jolie campagne, centre d'excursion. rec. 28 à 30 000 dep. nombreuses années, conditions avantageuses.

825. — **Loiret.** — Client. anc. très fidele rec. 26.000 touch. dep. plusieurs annees, indemn. à débat: peu compt. exigé.

827. — **Isère.** — A céder client. campagne rec. 8 à 10.000, poste de tout repos, indemn. peu élevée.

828. — **Indre-et-Loire.** — Après décès, client. de 8.000 à développ., à céder dans bonnes conditions. peu de frais.

837. — **Station thermale connue.** — A céder client, de saison, rec. 10.000 touch. pouvant être developp. conditions avantageuses.

842 — **Manche.** — Dans jolie petite ville, pays de chasse, pèche, à reprendre client. de tout repos, pour reprise du bail et 600 fr.

843. — **Aube.** — Clientèle 20.000 touch. à céd. dans chef-lieu canton, titulaire accepterait la cession à l'essai, conditions avantageuses.

845. — **Docteur spécialiste** v. n. cherche cabinet sérieux Paris ou grande ville. verserait indemnité.

846. — **Docteur** au courant de la clientèle cherche **remplacement** Paris ou banlieue, peu exigeant.

847. — **Paris XIIe.** — A reprendre dans bonnes conditions client. sér. tres transmiss. toutes facilités de paiement présent. à volonté. rec. 16.000 à developp.

849. — **Docteur** prendrait poste fixe dans hôpital sanatorium, maison de santé, etc.

851. — **Docteur spécialiste** n. g. o., cherche remplacement a Paris.

853. — **Médecin réfugié** du Nord cherche à reprendre clientele Paris ou banlieue immediate.

856. — **Paris.** — Pharmacie ser. en plein rapport à céder, toutes facil. de paiement accordées à acquereur sérieux.

857. — **Docteur** âgé cherche clientèle de tout repos dans le Midi, bords de la Riviera de preference.

858. — **Paris.** — Après décès, a reprendre noyau de clientèle pouvant facilement être developpee, toutes facilités de paiement.

859. — **Docteur** disposant capitaux cherche à s'intéresser dans **Maison de santé** ou **affaire paramédicale** sérieuse.

861. — **Banlieue de Lyon.** — Clientèle de 1er ordre, sér. rec., 15 ou 16.000 touch., très transmiss., indemn. à deb., peu exigeant, présentat. à volonté.

863. — Dans ville d'eaux, Cabinet de specialité à céder (électricite medicale, rayons X). Bon rapport, affaire excessivement sérieuse.

865. — **Docteur** non mobilisable relativement jeune et actif recherche bon poste de campagne.

867. — Femme de pharmacien mobilisé cherche emploi secrétaire ou steno-dactylo chez médecin ou pharmacien.

868. — **Est** — Clientele ancienne, rapportant 20.000 touchés, à reprendre pour 5.000 moitié comptant, présentation a volonte.

869. — **Bordeaux.** — Maison de santé en plein développement, demande associé apportant capitaux, bénéfices elevés.

870. — **Sarthe.** — Chef-lieu de canton. bonne et sérieuse clientele d'un rapport constant de 20.000 francs, à reprendre dans conditions avantageuses. Presse.

871. — **Marseille.** — A ceder clinique-maison de sante, très bien situee et susceptible d'être developpée. Conditions avantageuses.

872. — **Docteur réfugié** cherche à reprendre clientèle sérieuse Paris exclusivement, recettes minima 20.000 fr.

873. — **Remplaçant** serieux, docteur ou etudiant à sa these est demande pour chef lieu de canton du Sud-Ouest.

874. — A reprendre **poste de campagne** rec. 10.000 à développ., indemnité 800 fr. et reprise du bail. Pressé.

875. — **Clientèle** et installation de médecin tué à l'ennemi à ceder à Paris, dans appartement exploité depuis 50 ans par medecins. Rendement annuel 40.000 fr. Grandes facilités de paiement. Le Journal transmettra.

877. — **A vendre** par suite de décès : Bibliothèque et instruments medicaux. Meubles de salon et de cabinet. S'adresser a Mme Ve Raoult, 84, rue Lauriston, Paris (16e).

878 — **Seine-et-Oise.** — Demi-heure de Paris, clientèle rapportant 15.000, moyenne des deux dernières années, facile à desservir, très transmissible. a reprendre dans de bonnes conditions, superbe installation.

879. — A céder bon poste près **Côte d'Azur,** médecin, chemins de fer et vaccination, rapport 10.000, indemnité à débattre.

880. — Veuve de docteur demande écritures quelconques a faire chez elle.

881. — **Banlieue immédiate de Paris.** — Pour cause de maladie, noyau de clientèle à céder, indemnité légère, meubles, instruments, livres à vendre à la volonté du preneur Presse.

882 — **Seine-Inférieure.** — Poste médecin seul, 2 pharmaciens, recettes moyennes 16.000, indemnité à débattre, toutes facil tés.

883. — **Calvados** — Clientèle de rapport, comptant 16 000 francs touchés, pouvant être développée, à reprendre dans de bonnes conditions.

884. — **Banlieue de Paris.** — Clientèle de 18 à 20.000 touchés, très fidèle, peu de frais, à reprendre pour 15.000 comptant. à débattre.

885. — **Préfecture importante.** — A céder **Cabinet dentaire** tout meublé, clientèle riche. recettes touchées, 35.000, facile à prouver, indemnité 18.000 dont 3.000 comptant, à débattre. Pressé.

886. — Pour le 1er janvier, on demande un **remplaçant** 16 inscriptions, faisant bicyclette, dans centre de la France. Conditions avantageuses.



Communic. à l'Académie de Médecine.